Université Paul-Sabatier de Toulouse
U. E. R. des Sciences Médicales

Année 1974 **N° 97**

Aspects psychologiques de l'hémodialyse chronique ; psychothérapie et prévention.

THÈSE

POUR LE DOCTORAT D'ÉTAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement en Décembre 1974

par

STREICHER Jacqueline

JURY

MM.	GAYRAL	Président
	DELAUDE	Assesseurs
	SUC	
	MORON	
	CONTÉ	Suppléant

TOULOUSE
IMPRIMERIE DU VIGUIER
6, Rue Ninau
1974

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549602_0007

Aspects psychologiques de l'hémodialyse chronique ; psychothérapie et prévention.

Université Paul-Sabatier de Toulouse
U. E. R. des Sciences Médicales

Année 1974 **N° 97**

Aspects psychologiques de l'hémodialyse chronique ; psychothérapie et prévention.

THÈSE

POUR LE DOCTORAT D'ÉTAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement en Décembre 1974

par

STREICHER Jacqueline

JURY

MM.	GAYRAL	Président
	DELAUDE	Assesseurs
	SUC	
	MORON	
	CONTÉ	Suppléant

TOULOUSE
IMPRIMERIE DU VIGUIER
6, Rue Ninau
1974

UNIVERSITÉ PAUL-SABATIER

Président de l'Université	M. LARENG
1er Vice-Président	M. MATHIS
2e Vice-Président	M. MARTIN

TABLEAU DU PERSONNEL

UNITÉS D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE DES SCIENCES MÉDICALES

Directeur de l'Unité des Sciences Médicales TOULOUSE-PURPAN	M. MONNIER
Directeur de l'Unité des Sciences Médicales TOULOUSE-RANGUEIL	M. ENJALBERT

HONORARIAT

Doyen honoraire	MM	LAZORTHES
Doyen honoraire		CALVET
Doyen honoraire		BRUSTIER
Professeur honoraire	MM.	VALLOIS
Professeur honoraire		TAPIE
Professeur honoraire		DELAS
Professeur honoraire		RISER
Professeur honoraire		BUGNARD
Professeur honoraire		VINCENT
Professeur honoraire		MOREL
Professeur honoraire		BOUISSET
Professeur honoraire		CALMETTES
Professeur honoraire		THOMAS
Professeur honoraire		LAGROT
Professeur honoraire		DESFORGES-MERIEL
Professeur honoraire		FABRE P.
Professeur honoraire		JAHIER
Professeur honoraire		SENDRAIL
Professeur honoraire		PONS
Professeur honoraire		SOREL

PROFESSEURS

Clinique Médicale et Cardiologique	MM.	DARDENNE	Purpan
Clinique Médicale Sud		GADRAT	Purpan
Clinique Chirurgicale		GEDEON	Rangueil
Clinique Chirurgicale A et Gynécologie		POULHES	Rangueil
Clinique Chirurgicale B et du Cancer		GRIMOUD	Purpan
Clinique Chirurgicale Infantile et Orthopédie		PASQUIE	Purpan
Clinique Chirurgicale Orthopédique et Traumatologique		FICAT	Rangueil
Clinique de Chirurgie Cardio-vasculaire		ENJALBERT	Rangueil
Clinique des Maladies Cutanées et Syphilitiques		BAZEX	Purpan
Clinique des Maladies des Voies Urinaires		LHEZ	Rangueil
Clinique des Maladies Infectieuses		ARMENGAUD	Purpan
Clinique Médicale Infantile et Puériculture		DALOUS	Purpan
Clinique Médicale de la Première Enfance		REGNIER	Purpan
Clinique de Neuro-Chirurgie		LAZORTHES G	Rangueil
Clinique Neurologique et Psychiatrique		GERAUD	Rangueil
Clinique Obstétricale		PONTONNIER	Rangueil
Clinique Stomatologique et Chir Maxillo-faciale		CADENAT	Rangueil
Clinique Ophtalmologique et Chirurgie Orbito-palpérale		DEODATI	Rangueil
Clinique O.R.L. et Chirurgie Cervico-faciale		CLAUX	Purpan
Clinique de Pneumo-phtisiologie		DELAUDE	Purpan
Clinique Rhumatologique		RUFFIE René	Purpan
Accouchement et Obstétricie Sociale		MONROZIES	Purpan
Anatomie		BASTIDE	Purpan
Anatomie Pathologique		FABRE Jacques	Purpan
Anatomie Appliquée		JUSKIEWENSKI	Rangueil
Anesthésie et Réanimation		LARENG L.	Purpan
Bactériologie et Virologie	Mme	ENJALBERT	Rangueil
Biophysique Médicale A	MM.	AUVERGNAT	Purpan
Biophysique Médicale B		BRU	Rangueil
Cardiologie Clinique et Expérimentale		CALAZEL	Rangueil
Chimie Biologique		VALDIGUIE P.	Purpan
Electro-Radiologie		MARQUES	Rangueil
Embryologie Générale		BROUSSY Jean	Purpan
Hématologie		BIERME	
Histologie		BIMES	Rangueil
Hydrologie, Thérapeutique et Climatologie		DENARD	Purpan
Hygiène et Médecine Sociale		MONNIER	Purpan
Immunologie		DUCOS	Purpan
Médecine Légale et Médecine du Travail		GREZES-RUEFF	Purpan
Pathologie Chirurgicale		DAMBRIN	Purpan
Pathologie Générale et Médecine Expérimentale		BOULARD	Purpan

UNIV. LEIDEN BIBL.

Pathologie Médicale		RIBAUT	Purpan
Physiologie		BESSOU	Purpan
Physiologie Appliquée et Pharmacologie		BAISSET	Rangueil
Séméiologie et Clinique Médicale		LAPORTE Jacques	Purpan
Thérapeutique		DARNAUD	Rangueil

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

Anatomie Pathologique		BOUISSOU	Rangueil
Biochimie Médicale		DOUSTE-BLAZY	Rangueil
Dermatologie, Vénéréologie		DUPRE	Rangueil
Histologie et Embryologie	MM.	GUILHEM	Rangueil
Histologie et Embryologie		PLANEL	Purpan
Neurologie et Neuro-Psychologie		RASCOL	Purpan
Physiologie et Pharmacologie		MONTASTRUC	Purpan
Pneumo-Phtisiologie		MIGUERES	Rangueil
Médecine Interne		LE TALLEC	Rangueil
Psychiatrie		GAYRAL	Purpan
Ophtalmologie		BEC	Purpan
Médecine Générale		ARLET	Rangueil
Neuro-Chirurgie		ESPAGNO J.	Purpan

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Anatomie Pathologique	M.	FABRE Jean	Purpan
Bactériologie, Parasitologie, Virologie	Mme	LARENG M.-B	Purpan
Biochimie Médicale	MM.	VALDIGUIE Pierre	Rangueil
Carcinologie		ESTRADE	Purpan
Chirurgie Générale		GAUBERT	Purpan
Chirurgie Générale		SARRAZIN	Rangueil
Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire		ESCHAPASSE	Purpan
Médecine Générale et Thérapeutique		BES	Rangueil
Médecine Générale et Thérapeutique		BOLLINELLI	Purpan
Médecine Générale Thérapeutique		SUC	Rangueil
Médecine Générale		RIBET	Rangueil
Physiologie		GERAL	Rangueil

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS

Anatomie Pathologique		RUMEAU J.-L.	Rangueil
Anesthésiologie		VIRENQUE C.	Rangueil
Bactériologie-Virologie	Mme	DIDIER	Rangueil
Biophysique	MM.	REGIS	Rangueil
Biophysique		GUIRAUD R.	Purpan
Cancérologie		CARTON	Rangueil
Cardiologie		BERNADET	Rangueil
Cardiologie		BOUNHOURE	Rangueil
Chirurgie Générale		ESCAT Jean	Rangueil
Chirurgie Générale		GOUZI	Rangueil
Chirurgie Générale		COSTAGLIOLA	Purpan
Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire		PUEL	Rangueil
Gynécologie et Obstétrique		PONTONNIER Georg	Rangueil
Hépa-Gastro-Entérologie		PASCAL	Purpan
Histologie, Embryologie, Cytogénétique		SOLEILHAVOUP	Purpan
Médecine Interne		FEDOU R.	Purpan
Médecine du Travail		PUJOL M.	Purpan
Néphrologie		CONTE Jean	Purpan
Neurochirurgie		LAZORTHES Y.	Rangueil
Neurologie		GUIRAUD-CHAUMEIL	Purpan
O.R.L.		LACOMME	Purpan
Orthopédie, Traumatologie, Chirurgie plastique		UTHEZA Guy	Purpan
Parasitologie		LARROUY	Purpan
Pédiatrie Génétique Médicale		ROCHICCIOLI	Rangueil
Pneumo-Phtisiologie		ALBAREDE J.-L.	Purpan
Pneumo-Phtisiologie		JOVER	Rangueil
Physiologie		PAGES B.	Purpan
Psychiatrie		MORON	Rangueil
Radiologie		COMBES P.	Purpan
Radiologie		PUTOIS	Purpan
Rhumatologie		FOURNIE A.	Purpan
Thérapeutique, Réanimation Médicale, Rééducation fonctionnelle et Hydrologie		SALVADOR M.	Purpan
Urologie		PONTONNIER Franç	Purpan

AGRÉGÉS LIBRES

Chirurgie Générale	MM.	SOUQUET	Purpan
Pathologie Expérimentale		GLEIZES	Purpan
Obstétrique		ESPAGNO G.	Rangueil

ADMINISTRATION

Secrétaire général de l'Université.....M. PRINEAU J.-P.

L'Université P.-Sabatier déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidat
(Délibération en date du 12 mai 1891)

A la mémoire de mes grands-parents

A ma grand-mère

A mes parents

A mon frère

A toute ma famille

A mes amis

A notre Maître et Président de Thèse :

Monsieur le Professeur GAYRAL

Professeur de Clinique Psychiatrique

Médecin des Hôpitaux

Qui nous a fait l'honneur de présider notre thèse. Nous le remercions pour l'enseignement qu'il nous prodigue et lui exprimons ici notre respectueuse reconnaissance.

A notre Jury de thèse :

Monsieur le Professeur DELAUDE

Professeur de Clinique de Pneumo-Phtisiologie
Médecin des Hôpitaux

Qui nous fait l'honneur de s'intéresser à nos études. Nous sommes heureux de lui exprimer ici notre gratitude et notre respectueux attachement.

Monsieur le Professeur SUC

Professeur de Médecine Générale et Thérapeutique
Médecin des Hôpitaux

Qui nous a permis de réaliser ce travail en nous accueillant avec bienveillance dans son service. Nous l'en remercions vivement.

Monsieur le Professeur MORON

Maître de Conférences Agrégé de Psychiatrie
Médecin des Hôpitaux

Qui nous a inspiré ce travail et dont les conseils nous ont été précieux. Nous lui exprimons nos sincères remerciements et notre reconnaissance pour sa sollicitude à notre égard.

Monsieur le Professeur CONTE

Maître de Conférences Agrégé de Néphrologie
Médecin des Hôpitaux

Qui a bien voulu accepter de faire partie de notre jury de thèse. Nous lui exprimons nos respectueux remerciements.

PLAN

INTRODUCTION

I. — **ASPECTS PSYCHOLOGIQUES DE L'HEMODIALYSE**

1. Les différents types de stress et de frustration
2. Les mécanismes de défense

II. — **L'ADAPTATION A L'HEMODIALYSE**

1. Les différentes phases d'adaptation
2. Les facteurs d'adaptation

III. — **TRAVAIL PERSONNEL**

1. Observations : 17 observations en hémodialyse dans le service de Néphrologie
2. Vérification de pronotics d'adaptation portés en 1968-69 sur 26 malades

IV. — **ROLE DU PSYCHIATRE**

1. Sélection (historique)
2. Traitement des troubles
   chimiothérapie
   psychothérapie : malade; famille
3. Rôle sur l'équipe médicale : ses problèmes émotionnels

Travail du Service de Clinique Psychiatrique (Professeur L. GAYRAL) et du Service de Néphrologie (Professeur SUC) C.H.U., Université Paul Sabatier, TOULOUSE.

INTRODUCTION

L'hémodialyse est une technique qui vise à se substituer à une fonction vitale défaillante : la fonction rénale. Elle consiste en une épuration du sang à travers une membrane semi-perméable contre une solution de composition chimique définie : ces différents éléments constituent le « rein artificiel ».

Ce « rein artificiel » peut être utilisé de manière transitoire pour « franchir un cap » d'une durée limitée dans le cas d'une insuffisance rénale aiguë. Cette utilisation n'est pas envisagée dans cette étude parce que ses problèmes psychologiques sont tout à fait différents de ceux de l'hémodialyse de long cours.

Nous étudions le cas des insuffisants rénaux chroniques parvenus au stade ultime pour lesquels l'hémodialyse constitue la seule chance de survie. Il s'agit là, non plus d'un traitement de la période critique de la maladie, mais d'un traitement d'une durée illimitée, ayant un caractère définitif, dont la seule fin ne peut être que dans la transplantation rénale : celle-ci ne s'adresse d'ailleurs pas à tous les insuffisants rénaux chroniques en raison des contre-indications et des différents problèmes qu'elle pose. Elle peut faire suite à une période plus ou moins longue d'hémodialyse. Elle est alors l'espoir du dialysé chronique.

L'hémodialyse périodique est donc la méthode la plus fréquemment utilisée pour maintenir en vie les insuffisants rénaux chroniques; ces sujets, qui, avant 1960, étaient condamnés à mourir de leurs désordres hydro-électrolyti-

ques et de l'accumulation de différents déchets métaboliques — dont le plus connu du public est l'urée — ont vu leur pronostic bouleversé à cette époque.

La méthode n'a cessé depuis lors de se répandre : en janvier 1972, plus de 9 000 malades en Europe étaient hémodialysés, dont 1 500 en France.

Le nombre des centres de dialyse, publics ou privés augmente en permanence. Parallèlement à cette extension, on a assisté à un perfectionnement sur le plan technique, concernant et le matériel de dialyse et la voie d'abord vasculaire : c'est ainsi que la canule artério-veineuse voit son utilisation diminuer au profit de la fistule artério-veineuse, interne, et beaucoup mieux tolérée : elle ne limite pas les mouvements, permet l'immersion dans l'eau... Ceci n'est qu'un exemple évident et simple des progrès techniques de l'hémodialyse. Sur tous les plans, les spécialistes cherchent à alléger au maximum la situation de l'hémodialysé.

Il n'en reste pas moins que l'hémodialyse est une situation où les contraintes sont grandes et à laquelle chaque malade va devoir s'adapter. Ces contraintes existent bien sûr dans toutes les affections chroniques, par exemple dans une insuffisance cardiaque, une insuffisance respiratoire, mais elles revêtent un caractère et une intensité particuliers dans le cadre de l'hémodialyse.

L'adaptation somatique à l'hémodialyse est au premier plan du problème car elle conditionne le devenir du malade et son pronostic mais elle n'entre pas dans le cadre de cette étude. Nous n'envisageons ici que l'adaptation psychologique du sujet à cette situation spéciale qu'est l'hémodialyse; cette technique permet de maintenir en vie des sujets autrefois condamnés et constitue donc un progrès considérable.

Il ne faut pas en rester là et nous devons nous demander quelle est la qualité de la vie qu'une telle technique offre à ces malades, quelles sont les difficultés qu'ils vont rencontrer, de quelle manière ils vont s'adapter à leur vie de dialyses, et enfin quel rôle le psychiatre pourra jouer éventuellement pour leur venir en aide.

Nous nous sommes intéressés aux problèmes psychologiques des hémodialysés dans le cadre du service de néphrologie du Professeur SUC et avons centré cette étude sur l'adaptation psychologique du dialysé.

Après avoir considéré les différents facteurs favorables et défavorables à cette adaptation, nous pouvons envisager de porter un pronostic d'adaptation et de prévoir des complications éventuelles, avant que le sujet ne soit mis en hémodialyse. Ainsi en 1968-69, des pronostics ont été portés sur 26 malades en insuffisance rénale chronique et nous avons revu ces sujets pour évaluer la qualité de leur adaptation afin de savoir dans quelle mesure un pronostic peut être porté.

Cette étude des problèmes de l'hémodialyse comprend une deuxième partie : au cours d'entretiens avec des malades traités par hémodialyse, nous avons essayé d'aborder leurs problèmes psychologiques et d'en dégager des notions communes.

ASPECTS PSYCHOLOGIQUES DE L'HEMODIALYSE

1. LES DIFFERENTS TYPES DE STRESS ET DE FRUSTRATION

L'hémodialyse périodique représente une situation de stress et de frustration pour le malade. Cet aspect de la question a été étudiée par WRIGHT, SAND et LIVINGSTON à l'Université de Washington et nous avons pu mettre en évidence l'existence des mêmes types de stress et de frustrations parmi les dialysés que nous avons vus.

Les frustrations sont variées, d'origines multiples, sont liées à l'état physique, à la situation professionnelle, familiale, sociale... Selon chaque malade, tel ou tel type de stress ou de frustration va être prédominant. Certains ont un état physique par exemple modifié. Tel autre ira de complications infectieuses en complications osseuses... Donc les tableaux revêtent une grande diversité. Mais il apparaît toujours un certain niveau de stress et de frustration.

Ainsi, une frustration est constante : il s'agit de la **frustration de temps.**

L'hémodialysé passe 2 à 3 jours par semaine « branché sur le rein artificiel », c'est-à-dire vingt heures en moyenne. Le plus souvent, il est en milieu hospitalier, public ou privé; les hémodialysés à domicile tendent à se répandre mais ne constituent encore actuellement qu'un faible pourcentage de cas. De même les dialyses de nuit sont beaucoup moins fréquentes. La technique la plus courante reste l'hé-

modialyse en milieu hospitalier, s'étendant sur toute la journée ou presque. Par conséquent, le malade se voit contraint de suspendre toute activité pendant ce temps, ce qui est une source de frustration.

L'état somatique de l'hémodialisé est lui aussi à l'origine de stress et de frustrations. Le malade subit généralement une diminution de ses capacités physiques et éprouve une asthénie, soit permanente, soit plus particulièrement les lendemains de dialyse.

— L'incapacité ou **la diminution des capacités physiques,** et l'asthénie dont le malade se plaint souvent, doivent en premier lieu renvoyer aux troubles hydro-électrolytiques, aux variations biologiues, à l'anémie, avant de faire envisa ger une origine psycho-pathologique. En effet, l'hémodialysé demeure en partie un insuffisant rénal avec des désordres métaboliques.

— **Des complications,** liées à ces troubles métaboliques ou à la technique même de l'hémodialyse, peuvent survenir constamment :

- — complications cardio-vasculaires : hypertension artérielle, accident vasculaire cérébral, infarctus du myocarde, épanchement péricardique;
- — complications osseuses : hyperparathyroïdie provoquant douleurs osseuses, fractures;
- — complications neurologiques : neuropathies périphériques.
- — complications digestives : hépatite virale, gastrite.

Ces complications revêtent soit un aspect chronique, par exemple une hépatite, soit un aspect aigu et frappent brutalement l'hémodialysé.

Les complications aiguës peuvent être brutales, à type de crampes par exemple, ou au contraire mortelles — par exemple un infarctus — et surprendre le malade au cours d'une séance d'hémodialyse. Un tel accident prend une grande ampleur dans le groupe des dialysés qui réalisent alors souvent combien leur situation est précaire.

Les complications somatiques constituent donc à la fois une source de stress et de frustrations et ce phénomène est aggravé par leur caractère imprévisible.

— Il existe un problème somatique particulier : **l'abord vasculaire.** Ce problème se pose aux médecins et au malade. Pour les médecins, c'est parfois un problème technique délicat et une source de complications : infectieuses, hémorragiques... Pour le malade, c'est une source de stress, plus souvent dans le cas du shunt artério-veineux que de la fistule artério-veineuse. En effet, le shunt, méthode externe, impose une limitation de l'usage du membre où il est posé, et constitue un inconfort, tandis que la fistule est mieux tolérée et invisible.

Le dialysé peut adopter différentes attitudes face à sa « fistule » (ou son shunt) :

1. — **ou** il est indifférent, n'y accorde aucune attention.

2. — **ou** il la voit avec horreur :

- soit parce qu'elle lui rappelle sa maladie;

- soit par dégoût et répulsion du « paquet veineux ». Tout individu répugne d'une manière profonde (et archetypique) aux dilatations veineuses de surface. Ce n'est pas sans raison qu'on a attribué à des paquets veineux le nom de « tête de méduse », faisant ainsi référence à l'objet répugnant et mauvais;

- soit parce que sa vie est suspendue à la bonne marche de la fistule, à sa perméabilité. Certains sujets voient avec effroi s'épuiser leur « capital vasculaire » des différents membres, d'où la possibilité d'abord vasculaire. On peut parler de syndrome de Damoclès, puisque sur la tête de l'hémodialysé, plane la menace permanente, mortelle, d'une défaillance de la fistule et le dialysé ne peut s'y soustraire. On comprend donc pourquoi il voit cette fistule avec horreur elle est là pour lui rappeler qu'il est en **sursis.**

3. — **ou** il voit dans la fistule le « bon objet » dont tout dépend, qui permet de le maintenir en vie et de pallier son insuffisance rénale.

— La perte de la fonction rénale se concrétise pour le malade par la diminution ou la disparition de l'excrétion urinaire : cette oligurie ou anurie à laquelle on doit suppléer par la machine, est souvent ressentie comme une altération et une **dévalorisation de l'image du corps :** « les reins ne fonctionnent plus, ne nettoient plus le sang »...

— Parallèlement à ces frustrations liées à l'état propre du malade, existent des frustrations qui résultent des prescriptions médicales et concernent essentiellement **le régime alimentaire :** l'hémodialysé est soumis à un régime particulier afin d'éviter des désordres métaboliques trop grands pour être corrigés par la séance de l'hémodialyse. Le régime doit être pauvre en protides, pauvre en potassium et en sodium, ceci selon chaque malade, son bilan hydro-électrolytique et le nombre de séance d'hémodialyse : ainsi un sujet dialysé 3 fois par semaine aura un régime moins strict qu'un sujet dialysé 2 fois.

Mais plus que ces restrictions en sodium, potassium ou protides, c'est la diminution de la quantité de boissons qui est mal supportée et dont les malades se plaignent. D'ailleurs la manière dont les malades parlent de leur « régime » et le suivent, est évocatrice de la qualité de l'adaptation.

L'altération de l'état général, les complications physiques, le problème d'abord vasculaire, le régime, sont autant de facteurs de stress et de frustrations. Mais le plan somatique est loin de réunir à lui seul toutes ces frustrations dont les plans professionnel, social et familial ne sont pas exempts.

En effet, **la vie professionnelle** est très influencée par l'état somatique, les problèmes de temps. Souvent le sujet va se voir contraint de changer d'activité professionnelle :

- soit en raison de son état somatique : par exemple, un travailleur manuel va se sentir trop asthénique pour continuer son métier;

- soit en raison de problème de temps : un hémodialysé qui n'aura pas de problèmes somatiques, va changer de métier en raison des horaires de travail incompatibles avec les horaires de dialyse;

- soit enfin lorsque la profession nécessite des déplacements fréquents par exemple pour un représentant de commerce, un visiteur médical. Là aussi, existe une incompatibilité avec l'hémodialyse.

La perte de l'activité professionnelle consécutive à l'hémodialyse est très frustrante. La nouvelle activité que le sujet trouve, n'est pas toujours en accord avec ses goûts, ses capacités. Elle est souvent jugée moins intéressante que le métier antérieur, parfois même dégradante : ainsi un ancien militaire de carrière qui a fait plusieurs guerres successives, s'est vu rayé des cadres à la suite de l'insuffisance rénale et des hémodialyses et se trouve actuellement employé dans un service où le personnel est exclusivement féminin !

L'hémodialyse pose tous les problèmes du reclassement professionnel au cours d'une affection chronique mais il s'y ajoute un élément de difficulté supplémentaire : la nécessité de tenir compte des horaires de dialyse et d' « articuler » activité professionnelle et dialyse.

De même que la vie professionnelle, **la vie familiale** est perturbée par l'hémodialyse périodique. Le malade est absent du foyer 2 à 3 fois par semaine; ceci peut entraîner des modifications des relations intra-familiales; un père peut par exemple perdre son autorité de chef de famille.

Non seulement à l'intérieur du cercle de la famille, mais d'une manière plus élargie, on constate des modifications du mode de vie : ainsi **la vie sociale** est obligatoirement perturbée; le dialysé est parfois contraint d'abandonner certains projets — par exemple la construction

d'une maison — d'abandonner certaines activités de groupe — dans une équipe sportive, un club — d'abandonner certains loisirs, de changer de lieu de résidence... un domicile trop éloigné du lieu de dialyse va imposer des trajets pénibles et fatigants, redoutés par le malade et augmentant la perte de temps.

Enfin, un dernier type de frustration concerne **le plan pécuniaire** : la prise en charge des frais de dialyse n'est pas toujours complète et le malade peut être obligé d'y participer, notamment en ce qui concerne les trajets; en dehors de ces frais directs, il peut s'agir de frustration indirecte liée à la modification de l'activité professionnelle.

2 - MECANISME DE DEFENSE

Les **frustrations** que nous venons d'énumérer, sont en rapport avec l'image de soi : l'image corporelle, l'image sociale, le statut économique, professionnel, familial... Ces frustrations provoquant une altération de l'image de soi, font naître l'**anxiété.**

L'anxiété existe chez tout hémodialysé. Pour certains auteurs (équipe du service de néphrologie de l'hôpital Notre-Dame de MONTREAL), il s'agit d'une anxiété primaire existentielle : chaque dialyse constitue une renaissance et fait revivre inconsciemment l'anxiété de la naissance.

Que l'anxiété résulte de l'altération de l'image de soi ou de la réactivation de l'anxiété existentielle, les différents auteurs s'accordent à retrouver les mêmes mécanismes de défense : essentiellement la négation - la projection.

Avant de les envisager il est nécessaire de définir ces termes de « défense » et de « mécanismes de défense ».

Nous nous appuyons pour préciser les définitions sur l'ouvrage de LAPLANCHE et PONTALIS, « vocabulaire de psychanalyse ».

La défense se définit comme l'ensemble des opérations dont la finalité est de réduire, de supprimer toute modifica-

tion susceptible de mettre en danger l'intégrité et la constance de l'individu bio-psychologique.

L'enjeu de la défense est le Moi. La défense a deux types d'objets :

— soit une pulsion incompatible avec l'équilibre, et par là déplaisante pour le Moi;

— soit des **affects dépaisants.**

La défense opère au moins partiellement de manière inconsciente. Toute représentation incompatible, inconciliable avec le Moi, provoque la mise en jeu de mécanismes de défense.

Le terme de **mécanisme de défense** apparaît dans les écrits de FREUD en 1915 dans les deux sens :

— soit pour désigner un processus défensif spécifique de telle névrose : par exemple la conversion dans l'hystérie; la projection dans la paranoïa;

— soit pour connoter l'utilisation défensive de tel « destin pulsionnel ».

Anna FREUD élargit le concept : la défense peut utiliser les activités les plus diverses et peut porter, non seulement sur les pulsions, mais sur tout ce qui peut susciter un développement d'angoisse : émotions, situations, exigence du Surmoi.

Les mécanismes de défense sont multiples : régression, isolation, annulation, projection, négation, sublimation, introjection, identification à l'agresseur...

Pour en revenir au cas particulier de l'hémodialysé, le mécanisme de défense le plus caractéristique est la **négation.** En se référant au sens psychanalytique du terme, la négation peut se définir comme « un procédé par lequel le sujet, tout en formulant un de ses désirs, pensées, sentiments jusqu'ici refoulés, continue à s'en défendre en niant qu'il lui appartienne ».

La négation est très répandue et le plus fréquemment rencontrée chez ces sujets. C'est le « denial » des Anglo-Saxons.

Le dialysé peut **nier ses sentiments dépressifs ou agressifs.** Souvent l'anxiété n'est pas reconnue : le malade se dit parfaitement détendu mais son anxiété va par exemple transparaître dans son comportement : au cours d'une séance d'hémodialyse, il lui sera impossible de somnoler, il restera constamment vigilant et en état d'alerte.

De même, on peut assister à la **négation de la gravité de la maladie** en cause. Cela va se traduire par une difficulté de la part des médecins à obtenir la collaboration du malade. Celui-ci ne se soumet pas par exemple aux prescriptions diététiques dont il ne voit pas l'intérêt, néglige de prendre soin de sa fistule, ne respecte pas les dates de dialyse... La prise en charge de tels malades est difficile et une telle négation de la gravité de la maladie peut avoir des conséquences graves.

Enfin, le mécanisme de **négation** peut porter sur le **retentissement fonctionnel** de la maladie et de l'hémodialyse. Il arrive qu'un dialysé ne soit pas conscient de l'altération de ses capacités physiques. Il peut alors nier l'asthénie, les différents effets secondaires de l'hémodialyse... et prétendre conserver les mêmes activités physiques en dehors des séances de dialyse.

La négation est un mécanisme de défense massif, énorme, mais fragile et qui peut facilement s'effondrer. Ceci a fait utiliser la métaphore de « colosse aux pieds d'argile ».

Certains auteurs (A. NOBERT et P. LEFEBVRE de l'Université de Montréal) retirent une conclusion de cette fragilité : la nécessité d'assouplir, de faire céder progressivement la défense du dialysé et de l'amener à verbaliser ses problèmes. Pour d'autres au contraire, comme HALPER de l'Université de Chicago — qui a étudié ce problème au Presbyterian Saint-Luke's hospital —, le mécanisme de négation est à respecter : il est trop dangereux de mobiliser cette défense. L'auteur préconise un seul cas où cela peut être

intéressant : le cas où cette négation est à l'origine de difficultés dans la poursuite du traitement. Sinon la négation est pour l'hémodialysé, une matière de « vivre sa maladie ».

Un deuxième mécanisme de défense est fréquent chez le dialysé : **la projection.**

Elle se définit comme un procédé par lequel « le sujet expulse de soi et localise dans l'autre, personne ou chose, des qualités, des sentiments, des désirs... qu'il méconnaît ou refuse en lui ». En d'autres termes, le sujet rejette au-dehors ce qu'il refuse de reconnaître en lui-même.

Ainsi l'hémodialisé refuse de reconnaître ses sentiments, ses idées... et les « projette » sur autrui. Ce mécanisme est particulièrement net lorsqu'on l'interroge sur son état, son adaptation par comparaison aux autres dialysés. Le plus souvent, il répond qu'il est plus heureux que les autres, qu'il a réussi à mieux organiser sa vie... Il projette sur les autres malades ses propres sentiments dépressifs.

De même, il attribue parfois à l'équipe médicale des sentiments agressifs qui, en fait, existent en lui mais qu'il méconnaît et refuse.

Un mode particulier de projection est l'identification projective à l'agresseur, qui est en l'occurence le médecin. L'hémodialysé va alors utiliser un vocabulaire médical spécialisé, va veiller au fonctionnement de l'appareil de dialyse...

Des mécanismes de défense obsessionnels à type de formation réactionnelle et d'isolation, sont mentionnés par certains auteurs mais nous paraissent plus difficiles à mettre en évidence.

Il semble donc que l'hémodialysé ait recours essentiellement à la négation, en deuxième lieu à la projection. La nature du mécanisme de défense est différente selon la personnalité du sujet; de même, l'intensité de la défense va varier dans un éventail qui s'étend jusqu'à des réactions psychotiques. Mais celles-ci sont rares.

En cas d'échec ou d'insuffisance des mécanismes de défense, on assiste à des **réactions dépressives** plus ou moins marquées, avec les symptômes habituels : humeur triste et idées noires, inhibition psycho-motrice... Les idées de suicide sont peu souvent rencontrées et le passage à l'acte est rare. Mais il ne faut pas méconnaître des équivalents suicidaires à type d'écarts importants aux prescriptions médicales, notamment au régime. Des écarts fréquents et répétés ont souvent cette valeur d'équivalents suicidaires, alors qu'un écart isolé peut être interprété différemment et n'être qu'une banale traduction de sentiments agressifs envers le thérapeute.

De même que des formes graves de dépression peuvent revêtir une forme trompeuse, de même un état dépressif léger peut exister sous des symptômes atypiques ou banaux ou isolés, à type d'insomnies, d'asthénie... Devant de tels symptômes, lorsque l'étiologie organique aura été éliminée, il faudra rechercher les autres éléments d'un syndrome dépressif pour lequel le sujet pourra bénéficier d'un traitement spécifique.

L'ADAPTATION A L'HEMODIALYSE

L'insuffisant rénal chronique en hémodialyse vit une situation particulière pour une durée non limitée, si ce n'est par une greffe éventuelle ou la fin de son existence. Il va réagir à cette situation, s'y adapter, adopter un mode de vie La qualité et le résultat de cette adaptation vont varier selon des facteurs et personnels et extérieurs à chaque individu. Mais quel que soit l'hémodialysé, il parcourt successivement les différentes phases d'adaptation, selon un schéma qui présente des caractères communs à tous les individus.

Les sujets que nous avons vus dans le service de néphrologie (Professeur SUC), sont en hémodialyse depuis des dates variées qui s'échelonnent depuis novembre 1966 pour la plus ancienne, jusqu'à ces derniers mois pour les plus récentes. Ceci nous a donc permis de voir des hémodialysés à différents moments de leur adaptation et de retrouver chez eux l'évolution qui a été décrite par plusieurs auteurs, notamment par l'équipe de KAPLAN de NOUR (Jérusalem) et par l'équipe d'ABRAM ,Nashville). En effet les hémodialysés les plus récents se situent dans les stades de début d'adaptation, tandis que les plus anciens en sont arrivés à la dernière phase et sont d'ailleurs souvent conscients des étapes qu'ils ont parcourues : il est alors intéressant au cours de l'entretien de retracer ces phases pour vérifier à travers un seul individu, la réalité de cette évolution.

1. LES DIFFERENTES PHASES

Au moment de la mise en hémodialyse, le malade se trouve en insuffisance rénale au stade terminal. Il présente alors un syndrome urémique avec des manifestations psychiques, le plus souvent à type d'asthénie, de fatigabilité, de déficit intellectuel, d'apathie... Le syndrome urétique et les troubles hydro-électrolytiques peuvent aussi être responsables d'un état dépressif net avec inhibition psycho-motrice, humeur triste, idées noires et idées de suicide.

Il arrive que l'insuffisant rénal conserve longtemps ses activités professionnelles ou autres; si l'on effectue alors des tests psychologiques, ils mettent en évidence un pourcentage de détérioration organique.

Les réactions psychotiques liées au syndrome urémique sont peu fréquentes : il peut s'agir de manifestations maniaques avec hyperactivité désordonnée, humeur expansive, fuite des idées...; ou de manifestations schizophreniformes avec négativisme, signes catatoniques. Nous avons pu observer un épisode délirant aigu qui a duré quelques jours avec la conviction délirante de ne plus être en vie, d'être en état de décomposition à partir d'hallucinations auditives et cenesthésiques. Cet état psychotique aigu s'accompagnait d'une anxiété intense et a disparu avec la rééquilibration hydro-électrolytique de la maladie.

Mais le syndrome urémique s'accompagne plus fréquemment que de réactions psychotiques, de signes banaux à type de ralentissement psycho-moteur, d'asthénie, de troubles intellectuels, et d'état dépressif.

C'est à ce moment-là de l'insuffisance rénale au stade terminal que le malade commence à être dialysé. Durant une période évaluée à environ trois semaines, on assiste à un « retour de la mort » : la correction rapide des troubles métaboliques fait disparaître les manifestations psychiques que nous venons d'énumérer; l'apathie, l'asthénie... font place à une sensation de bien-être. L'insuffisant rénal vient d'échapper à la mort et en prend conscience avec une cer-

taine euphorie qui a fait que certains auteurs (LEVY et REICHMAN) ont parlé de « lune de miel ».

Dans une deuxième phase, le sujet réalise sa situation de dialysé : cette prise de conscience qui s'opère, met fin à l'euphorie et fait apparaître une certaine anxiété et souvent des réactions dépressives : les problèmes de l'hémodialysé deviennent apparents et provoquent découragement et désanchantement.

En même temps, le dialysé va quitter l'hôpital où il était entré en qualité de malade aigu, pour y revenir à intervalles réguliers et rapprochés à l'occasion des séances d'hémodialyse, mais en qualité de malade chronique. C'est alors que les bénéfices secondaires doivent s'atténuer et disparaître, et que l'hémodialysé doit reprendre sa place hors de l'hôpital.

Cette phase de convalescence s'étend jusque vers le troisième mois et correspond à la période optimale pour instituer une psychothérapie.

La troisième phase est la phase d'adaptation proprement dite où l'hémodialysé va se trouver confronté avec ses difficultés sur les différents plans : professionnel, social, familial, et va devoir résoudre ses conflits : conflits de dépendance, d'agressivité... Durant cette période, il doit lutter pour mener la vie la plus proche possible de la normalité en dépit des frustrations que lui impose l'hémodialyse. Le travail d'adaptation est lent et pénible et aboutira à des résultats variables selon les sujets.

2. LES FACTEURS D'ADAPTATION

La qualité de l'adaptation psychologique d'un individu à l'hémodialyse dépend d'un grand nombre de facteurs; les uns sont extrinsèques à cet individu, tels la survenue de complications somatiques, et appartiennent au domaine de l'imprévisible; les autres sont liés à sa personnalité, à son caractère et vont permettre d'évaluer au cours d'entretiens la qualité de cette adaptation et de porter un pronostic. Ces

entretiens sont complétés éventuellement par des tests de niveau, pour apprécier le quotient intellectuel, et par un test de personnalité par exemple un MMPI.

L'hémodialyse est une des rares techniques de maintien de la vie qui nécessite une collaboration active de la part du malade. Il est donc nécessaire d'évaluer en premier lieu dans quelle mesure le malade va participer à son traitement. Cette sorte de prise en charge du malade par lui-même, est intitulée par les auteurs Anglo-Saxons (notamment SAND, WRIGHT et LIVINGSTON à l'Université de Washington, Seattle) « **self-care** »; le self-care, terme qui peut être traduit par « soin que le sujet prend lui-même », amène le malade à jouer un rôle dans sa propre santé, à respecter son régime, à veiller au bon fonctionnement de sa canule ou de son shunt... Si cet élément est absent ou faible, on va voir le dialysé commettre d'une manière plus ou moins inconsciente des erreurs ou des omissions dans la conduite à suivre, témoignant d'une certaine auto-agressivité et risquant de compromettre les résultats du traitement.

Les problèmes de self-care existent toujours chez les sujets impulsifs et chez les sujets où le mécanisme de négation prédomine.

Le deuxième facteur d'adaptation est la **tolérance aux stress** et aux frustrations puisque la situation d'hémodialyse chronique en est une source quasi-constante.

Cette faculté de tolérance peut s'apprécier par le mode habituel de réactions du sujet en face d'une frustration quelconque de la vie quotidienne ou plus précisément en face d'une maladie ou d'une incapacité que le sujet a pu avoir antérieurement : quelle attitude a-t-il alors adoptée, quels ont été ses sentiments sur sa maladie ? De même comment a-t-il vécu les maladies dans son entourage, chez ses parents ou son conjoint ?

On évalue aussi la **capacité** du sujet à conceptualiser et **verbaliser ses difficultés :** celle-ci est un élément de bon pronostic. Cette verbalisation permet au malade d'exprimer ses problèmes affectifs, d'en prendre connaissance et éven-

tuellement de les résoudre avec l'aide d'un psychothérapeute.

La tendance à la somatisation par contre est un élément défavorable dans l'adaptation à la dialyse, et on lui préférera une tendance à la dépression.

Le niveau mental joue un rôle important dans l'adaptation. Pour certains auteurs (HALPER, de l'Université de Chicago) le Q.I. constitue même un élément essentiel et la présence d'un Q.I. trop bas est une contre-indication à l'hémodialysé. Mais à cette vue rigide, A. NOBERT et P. LEFEBVRE de Montréal, ont substitué l'analyse du niveau mental en fonction de différents facteurs. Ainsi un Q.I. bas peut être compensé par une coopération satisfaisante, par une stabilité émotionnelle. Il n'en reste pas moins que statistiquement l'adaptation est d'autant meilleure que le niveau mental est plus élevé. Dans une étude statistique, SAND et LIVINGSTON (Université de Washington) ont réparti les sujets en trois classes d'adaptation : pauvre, moyenne et supérieure et ils ont constaté que pour une adaptation moyenne, le Q.I. moyen était égal à 119, alors que pour une adaptation pauvre, il était égal à 107.

Une meilleure intelligence conditionne une meilleure connaissance de la maladie, d'où en général une meilleure adaptation.

Dans l'évaluation de l'adaptation du sujet, on fait intervenir aussi la **capacité de réinsertion socio-professionnelle.**

L'hémodialysé doit pouvoir mener une vie active, satisfaisante pour lui-même; il doit assumer ses responsabilités sociales, professionnelles, économiques d'une manière proche de la normale. Sa réinsertion dépend en grande partie de sa personnalité; ainsi la tendance à chercher dans la situation de malade des bénéfices secondaires, s'oppose à une réinsertion valable.

Enfin au cours d'entretiens avec le malade et éventuellement avec des membres de son entourage immédiat, on évalue la **qualité du milieu familial**; en effet, celui-ci peut

constituer un support émotionnel valable ou au contraire être un élément défavorable d'adaptation. C'est notamment les sentiments du conjoint sur la maladie de l'autre, qu'il importe de mettre en évidence : le conjoint peut par son attitude, être à l'origine d'un comportement régressif et dépendant de l'hémodialysé et il est intéressant de compléter l'évaluation du pronostic par un entretien avec le conjoint, ou avec les membres les plus proches de l'entourage.

Les équipes médico-psychiatriques qui ont porté des pronostics d'adaptation chez des sujets candidats à l'hémodialyse, ont vérifié après une certaine durée de dialyse, le niveau d'adaptation et ont pu constater la valeur de ces pronostics : les prévisions coïncident avec les résultats à un taux significatif; ceci tend à prouver qu'il est possible de porter un pronostic à partir de divers éléments recueillis au cours de l'entretien et complétés éventuellement par des tests psychologiques.

En résumé, le pronostic d'adaptation va s'appuyer sur un certain nombre de facteurs qui sont :

— la coopération du malade, son « self-care »;

— la tolérance aux frustrations;

— la capacité de verbaliser les difficultés;

— le niveau mental capacitaire;

— la capacité de réinsertion socio-professionnelle;

— la valeur de l'entourage familial.

TRAVAIL PERSONNEL

1. OBSERVATIONS DE 17 HEMODIALYSES

Observation n° 1 :

Madame B..., 47 ans.

— A un long passé rénal : depuis 20 ans, insuffisance rénale secondaire à une néphropathie interstitielle chronique. A subi plusieurs interventions chirurgicales : binephrectomie; parathyroïdectomie.

— Biographie : née en 1927. Poursuit ses études jusqu'au Bac (résultats positifs). Se marie en 1948; mari : représentant, décrit par la malade comme « optimiste, dynamique, attentionné ». Aucun conflit conjugal. Un fils adoptif de 20 ans.

— Adaptation : dialysée depuis plus de 4 ans.

La première dialyse : problèmes médicaux multiples, OAP notamment, vécue comme une expérience de mort.

N'a jamais présenté d'épisodes dépressifs, dit-elle. Malgré un riche passé, pas de plainte somatique : aucune tendance à la somatisation, se dit physiquement bien : mieux qu'avant les dialyses qui ont fait disparaître nausées et céphalées.

Sur le plan professionnel : aucun problème; travaille dans l'entreprise de son mari pendant ses après-midi libres. A de plus des occupations ménagères : est très active.

Sur le plan familial : mari et fils constituent un excellent soutien. Sa mère par contre a mal réagi mais ne vit pas avec eux.

Pas de dépendance excessive à l'entourage; par exemple, est souvent venue seule au volant de sa voiture aux séances de dialyse.

Ses relations avec l'équipe médicale : se dit très satisfaite mais souhaiterait davantage d'explications sur son traitement — « prise pour une enfant » : témoigne une légère agressivité.

Suit sans problèmes les prescriptions médicales.

A essayé la dialyse à domicile et l'a abandonnée : trop de charge pour son entourage. Refuse la greffe (a en outre des contre-indications médicales) : « m'obligerait à plusieurs interventions... ». Semble ne pas vouloir courir un risque, se contente de l'hémodialyse, et dans son désir de vivre préfère la sécurité.

Se présente comme une personne souriante, soucieuse de son aspect extérieur; s'exprime sans réticence, d'une manière détendue. N'est ni dépressive, ni anxieuse. Pense avoir mieux réagi que les autres dialysés. Son caractère d'après elle s'est amélioré « plus philosophe devant les soucis quotidiens ».

Son adaptation paraît en effet très satisfaisante. Les frustrations, essentiellement d'ordre somatique, ont été bien tolérées et la malade a su trouver un mode de vie compatible avec l'hémodialyse.

Observation n° 2 :

Monsieur P..., 38 ans.

Homme de biotype athlétique, a un visage peu mobile, ne sourit jamais mais exprime parfois de l'agacement par sa mimique au cours de l'entretien. Le premier entretien a d'ailleurs été interrompu par des nausées et des vomissements. Le deuxième est accepté avec réticence, « à con-

dition qu'il soit court », sous prétexte de grippe. Va rompre l'entretien.

— Biographie : né en 1936. A vécu jusqu'à l'âge de 17 ans en Afrique avec sa famille; son père était gouverneur de France Outre-Mer. A son arrivée en France, a des difficultés d'adaptation; regrette toujours la vie en Afrique.

A 18 ans, s'engage dans la Légion Etrangère; y est resté 11 ans en tant qu'officier, a participé à différentes guerres (Algérie, Chypre, Suez...). En 1971, son régiment est dissout : ceci le frustre beaucoup. Après un stage de réadaptation payé par l'Etat, il devient directeur commercial dans un cabinet d'expertise, travail qui l'intéressait : « nombreux déplacements, contacts multiples avec l'extérieur... ».

Se marie en 1969; une fille en 1972.

Début brutal des troubles rénaux en septembre 1971, sans antécédents; hospitalisé, on diagnostique l'insuffisance chronique dont l'étiologie est restée inconnue. Dialysé depuis novembre 1971.

Adaptation : pendant les 6 premiers mois, était incapable de la moindre activité. Cette période a été très mal vécue.

Actuellement, il présente un syndrome dépressif sévère; souffre d'insomnies depuis qu'il est en dialyse, est constamment d'humeur triste, réfléchit sans cesse à son état; est devenu « nerveux et irascible », ne supporte pas le bruit, est agacé par sa fille.... Recherche la solitude.

— Sur le plan professionnel, a subi une lourde frustration du fait de l'hémodialyse : a été contraint d'abandonner le métier où il s'était reconverti et qui lui convenait pour faire à mi-temps un travail de bureau qu'il juge « sans aucun intérêt, statique, fastidieux, routinier; il est entouré exclusivement de collègues femmes ». Eprouve dans son métier un sentiment intense de déchéance.

Sur le plan familial : depuis sa maladie sa femme travaille, en raison de la survenue de problèmes financiers liés à l'hémodialyse. Il se sent à son égard dans une situation de dépendance, « à sa charge ».

— Relations avec l'équipe médicale : de mauvaise qualité : malade peu coopérant, souvent exigeant et agressif, communiquant peu aussi bien avec le personnel soignant qu'avec les autres dialysés. Refuse la dialyse à domicile : « c'est une façon pour le médecin de rejeter sa responsabilité sur le malade » : exprime par là son agressivité envers les médecins. La greffe par contre est souhaitée et constitue une indication psychologique semi-urgente en raison de l'état dépressif du sujet.

En conclusion, l'adaptation est de mauvaise qualité. L'hémodialyse est pour Monsieur P..., auparavant hyperactif, une importante source de frustration et d'échec des mécanismes de défenses laisse apparaître un état dépressif avec sentiments d'inutilité et de déchéance.

Monsieur P... est décédé en mai 1974, quelques semaines après les entretiens que nous avons eus avec lui. Il est mort dans un tableau de surcharge liquidienne et d'OAP pour n'avoir pas suivi les prescriptions médicales de restriction hydrique. Sa conduite a une valeur suicidaire évidente : incapable de tolérer les frustrations imposées par l'hémodialyse, il a été « incapable » de respecter le régime.

Observation n° 3 :

Monsieur M..., 43 ans.

Homme sec au visage maigre, yeux bleus, cheveux courts, aspect sthénique.

Insuffisance rénale secondaire à une néphropathie interstitielle chronique; dialysé depuis décembre 1969.

— Adaptation : état anxieux avant la première dialyse : un dialysé lui avait décrit une « machine où on voit son sang circuler à travers des tuyaux ».

La période de début a été difficile : il présentait des idées de suicide.

Actuellement : thymie correcte; n'est ni anxieux, ni dépressif. Mais se dit « l'esclave de la machine », supporte

mal la dépendance à la machine : éprouve un sentiment de dévalorisation, de servitude.

— Plan familial : a une femme de 41 ans : « inquiète à mon sujet » mais il semble satisfait de l'attention qu'elle lui porte. Bonne entente conjugale.

Deux filles : 18 et 15 ans « très intelligentes ». En est très fier et gratifié.

Les dialyses n'ont pas modifié sa situation de chef de famille. Seulement pendant les 6 premiers mois où il n'a pas travaillé, s'est senti diminué aux yeux de sa famille.

— Plan professionnel : avant d'être dialysé, était contremaître dans une usine, souvent en conflit avec ses supérieurs : « n'acceptait pas leurs remarques ». Depuis les dialyses, est employé de bureau dans la même usine : « travail très intéressant, avec des intellectuels... » : trouve des gratifications dans son travail.

Mais, revendique sur son salaire : s'estime mal payé et exploité du fait de sa maladie. S'occupe de syndicalisme.

— Ses relations dans le service : envers les médecins, éprouve des sentiments agressifs qui s'extériorisent parfois dans des altercations avec l'un d'entre eux; critique et conteste la thérapeutique. Projette son agressivité et voit les médecins agressifs envers lui : craint d'être renvoyé de Toulouse vers un autre centre. Est inquiet de l'opinion des médecins sur lui.

Evite de discuter avec les autres dialysés durant les séances, de les voir en dehors des séances.

Le caractère paranoïaque de Monsieur M... (hypertrophie du moi, rigidité...) apparaît nettement dans sa position d'hémodialysé. Les défenses ont été élaborées en fonction de ce caractère et ont abouti à une adaptation satisfaisante.

Observation n° 4 :

Monsieur A..., 49 ans.

Homme trapu, au visage rond et rougeaud.

Insuffisance rénale secondaire à une glomérulo-néphrite chronique, a évolué progressivement depuis 1962 et a entraîné une invalidité. Hémodialysé depuis 1970.

— Biographie : né en 1925 dans l'Ariège dans une famille de cultivateurs. A appris le métier de maçon. S'est marié et a 3 enfants (27, 24 et 18 ans).

— Adaptation : est dialysé depuis 1970. N'a pas présenté d'épisode dépressif et n'exprime aucune plainte somatique. Dit spontanément qu'il a « bon moral » et paraît effectivement normothymique. Se plaint cependant d'insomnies apparues depuis la mise en dialyse, plus nettes le soir d'une dialyse. A noté des modifications de son caractère dans le sens d'une irratibilité plus nette depuis l'hémodialyse.

— Plan professionnel : a dû abandonner son métier de maçon depuis 1962. Mais travaille sur la ferme que ses beaux-parents ont louée en 1964. Il n'a donc aucun problème d'horaire ou de tâche fixe à accomplir : il travaille la terre en famille avec sa femme et son fils de 19 ans et ne ressent aucune frustration de ce changement de profession; il était d'ailleurs issu d'un milieu d'agriculteurs.

Aucun problème familial. S'entend bien avec sa femme qui constitue un bon soutien, de même que son fils. A conservé son rôle de chef de famille.

La coopération de ce malade avec les médecins est de bonne qualité. Il est très confiant, se soumet à toutes les prescriptions, suit son régime très valablement : il se permet quelques écarts avec l'accord tacite des médecins mais « pas trop sinon ça se verrait aux examens ». Au cours de l'entretien, s'exprime sans réticence, se montre plutôt expansif.

Ses relations avec les autres dialysés sont aussi bonnes qu'avec l'équipe médicale. Il se sent rassuré par le groupe des dialysés : c'est d'ailleurs à l'extérieur un homme sociable, qui aime retrouver ses amis.

Souhaite la greffe : a eu 4 alertes, mais n'en éprouve pas d'anxiété particulière.

N'exprime aucune difficulté d'adaptation et semble avoir bien accepté son statut d'hémodialysé, aidé en cela par sa situation socio-familiale qui lui a permis de nombreux aménagements de son mode de vie. Il résume avec une certaine frusticité, sa position en disant : « ma femme est bien contente que je ne sois pas mort »; lui-même en paraît heureux et se montre satisfait de vivre.

Observation n° 5 :

Madame A..., 40 ans...

— Insuffisance rénale chronique secondaire à une glomérulo-néphrite chronique.

— Biographie : née en 1934; mariée en 1955, mari imprimeur, âgé de 43 ans; 2 fils : 15 et 17 ans.

Licenciée en lettres à 20 ans; enseigne dans un lycée et poursuit des études (agrégation) mais les abandonne à cause de son mari.

Son père « autoritaire, froid » est mort en 1971.

Sa mère, 65 ans, « affectueuse » vit avec elle.

— Adaptation : est dialysée depuis 3 ans : depuis mars 1971. Au cours de l'entretien, elle parle essentiellement de son problème conjugal sur lequel elle revient sans cesse et met à l'arrière-plan les problèmes posés par l'hémodialyse, ou plutôt les nie : « je n'ai jamais eu le moindre problème médical pendant les dialyses, ni la moindre angoisse; je suis très solide physiquement », alors qu'elle présente depuis quelques temps une fièvre au long cours qui ne cède pas à la thérapeutique. Et elle ajoute : « j'oublie, j'enfouis tout ce qui a trait à la maladie ».

En fait, un état dépressif ressort à travers ses propos : elle se plaint d'une absence d'élan vital, d'asthénie, d'insomnies, elle recherche la solitude et « essaie de tendre vers l'indifférence ». Elle souffre d'un sentiment d'inutilité, de déchéance, notamment sur le plan intellectuel. D'après elle, cet état a pré-existé à la mise en dialyse mais la situa-

tion de dialysée, s'il ne l'a pas fait apparaître, l'a au moins intensifié.

Sur le plan professionnel, elle n'a pas subi de frustration puisqu'elle a pu poursuivre son métier : elle est actuellement professeur par correspondance.

Sur le plan familial, ses deux fils et sa mère représentent pour elle un bon soutien. Par contre, son mari ne l'a jamais soutenue : « il est indifférent aux dialyses; c'est un éthylique et un fumeur, un renfermé. Elle expose longuement leurs difficultés, l'écart qui existe entre eux sur le plan intellectuel... Elle a tendance, d'une manière générale, à l'introspection et à l'auto-analyse avec rationalisation et intellectualisation de ses problèmes : elle les exprime d'un ton neutre et froid.

Alors que la dépendance à la machine la laisse indifférente, elle souffre d'une dépendance à l'égard des médecins. Au début des dialyses, elle a ressenti, dit-elle, « la froideur et l'hostilité du personnel, sans doute par projection de ses propres sentiments. Elle souhaite être transplantée mais « avec moins d'enthousiasme qu'au début en raison de ses problèmes personnels ».

Madame A... a ressenti en 1972 la nécessité d'une psychothérapie et l'a rapidement abandonnée. Elle doit la reprendre d'ici peu, mais «pour ses problèmes conjugaux» dit-elle, et non pour les problèmes de l'hémodialyse dont elle nie l'existence, la négation constituant son mécanisme de défense essentiel.

Observation n° 6 :

Monsieur F..., 42 ans.

Homme de petite taille, peu corpulent, s'exprime simplement et sans réticence.

Insuffisance rénale secondaire à une glomérulo-néphrite chronique.

— Biographie : marié avec une femme de 37 ans, 4 enfants : 14, 12, 10 et 16 ans.

— Adaptation : est dialysé depuis juin 1973 (depuis quelques mois seulement). Traverse encore une phase d'adaptation. Une période d'hospitalisation de 4 mois a été nécessaire et mal supportée : il s'est montré dépressif, très peu coopérant, et agressif envers l'équipe médicale. Il a ensuite pris conscience de son attitude et a abandonné progressivement son agressivité pour devenir plus confiant et coopérant.

Actuellement, il présente toujours un état dépressif net avec altération de l'humeur et un sentiment d'incapacité intense : il se sent diminué depuis la mise en dialyse; se dit « différent des autres, beaucoup moins actif et dynamique qu'avant, très handicapé ». Se plaint spontanément d'impuissance sexuelle apparue depuis les hémodialyses et constituant pour lui une importante source de frustration.

L'anxiété est nette, avec des bouffée d'angoisse à l'idée de venir en dialyse à l'hôpital : il craint de « mourir en dialyse ». A eu des idées de suicide contre lesquelles il luttait « à cause de sa famille ». Ces idées ont actuellement disparu; « il faut se faire une raison ».

Sur le plan professionnel : a subi d'importantes frustrations à cause de sa maladie et de l'hémodialyse : c'était un maçon qualifié, très actif, qui a dû abandonner son métier en avril 1973; il n'a actuellement aucune activité professionnelle; il « s'occupe » à domicile mais est incapable de toute activité physique pénible — il est ici difficile de faire la part de l'inhibition psychique et du facteur somatique —.

Sur le plan financier : son insuffisance rénale a été classée maladie professionnelle : ceci supprime donc une source de frustration dans les problèmes financiers.

Sur le plan familial : sa femme constitue un soutien médiocre et semble s'être mal adaptée à la situation. Monsieur F... est préoccupé par l'avenir de ses enfants mais ils représentent pour lui un élément positif et un centre d'investissement.

Explique qu'il a tendance à s'isoler, à éviter les contacts avec les autres : « les gens ne cherchent qu'à m'ex-

ploiter; j'ai été exploité par mes patrons, par certains membres de ma famille... ». Ces idées, qui l'apparentent à un sensitif, se sont accentuées depuis la mise en dialyse.

Cet homme a toujours craint la maladie : c'est ainsi qu'il a très mal vécu un A.V.C. qu'a eu son père en 1969 et qui l'a laissé impotent. Cela semble avoir été le premier contact avec la maladie jusqu'à sa propre expérience.

L'état dépressif de Monsieur F... semble correspondre à une période d'adaptation difficile : l'hémodialyse comporte pour lui de nombreuses frustrations notamment une désinsertion socio-professionnelle; cet état s'améliore actuellement et l'adaptation devrait se poursuivre favorablement.

Observation n° 7 :

Monsieur A..., 38 ans.

Insuffisance rénale chronique secondaire à une néphropathie interstitielle chronique. En 1964, hospitalisé 18 mois pour troubles urinaires; en novembre 1973, début des signes d'I.R.; hospitalisé en décembre et dialysé depuis.

— Biographie : né en Algérie; a perdu sa mère à l'âge de 1an, élevé par son père. 3 ans de scolarité peu suivie : lit et écrit avec peine; à 23 ans travaille comme menuisier; quitte l'Alégérie à 24 ans, se marie à 27 ans et travaille depuis comme chauffeur.

— Adaptation : est dialysé depuis décembre 1973 (depuis quelques mois).

— Sur le plan professionnel : il a stoppé toute activité depuis le début des dialyses : était depuis plus de 10 ans chauffeur dans un grand magasin; il n'aura pas de problème de réinsertion : le même magasin lui redonnera un emploi adapté à sa situation.

— Sur le plan familial : il paraît se reposer sur sa femme âgée de 33 ans; c'est elle qui élève les enfants, a l'autorité de la maison... malgré ses propres troubles somatiques (interventions répétées pour kystes ovariens).

Trois fils de 11, 8 et 1 ans, constituent un élément positif d'adaptation.

Ce sujet, de niveau fruste, ne verbalise aucun problème; il se dit bien adapté et ne voit aucune difficulté. Il n'est pas dépressif, n'a pas de trouble de l'humeur, présente seulement quelques insomnies et des cauchemars depuis le début des dialyses. Il n'a aucune activité, ni à domicile, ni à l'extérieur : « dort jusqu'à midi, s'occupe de son plus jeune fils ».

Il semble actuellement se plaire dans cette situation de dépendance et dans le milieu hospitalier et dans le milieu familial où il tolère facilement que sa femme dirige le foyer.

Le refus de la dialyse à domicile peut s'expliquer de la même manière par un refus d'indépendance; il justifie ce refus par un sentiment d'insécurité.

Il ne pose aucun problème relationnel avec l'équipe médicale; les prescriptions concernant le régime sont suivies « de loin » : il s'agit, plus que d'un élément d'agressivité, d'une certaine incompréhension des troubles et de l'intérêt du régime : « un peu de sel, ça ne fait pas mal ».

Monsieur A... a actuellement régressé dans une situation de dépendance, mais ce n'est peut-être qu'une phase transitoire au cours de l'adaptation à l'hémodialyse.

Observation n° 8 :

Madame G..., 47 ans.

Insuffisance rénale secondaire à une néphropathie interstitielle chronique; d'installation progressive : a débuté à l'âge de 20 ans. Dialysée depuis avril 1971.

Présentation : souriante, tenue soignée, visage expressif, s'exprime sans réticence, verbalise bien ses problèmes.

— Biographie : mariée à 31 ans, veuve à 41 ans : mari mort en 1969 (rupture d'anévrisme); a mis en gérance le café qui lui appartenait.

A 2 filles : 15 et 11 ans.

Sa mère (75 ans) : « nerveuse, pessimiste »; une sœur (43 ans); très bonne entente; a proposé de donner un rein. Constitue un soutien solide.

— Adaptation : Les premières dialyses : « ont été très pénibles ». Madame G... a traversé au début une phase dépressive. A maintenant surmonté cet état dépressif.

Plan socio-professionnel : aucune frustration sur ce plan; n'a jamais exercé d'activité professionnelle. Est cependant loin d'être inactive : outre ses occupations ménagères et l'éducation de ses enfants qui lui incombe totalement, elle participe à des œuvres de charité.

Plan familial : est entourée de ses 2 filles : source de gratifications; son autorité sur elles n'a pas été modifiée. Aucun problème familial. A par contre quelques problèmes financiers et revendique au sujet de son remboursement.

Depuis les dialyses : a constaté une amélioration nette de son état somatique : se sent « de plus en plus de forces » mais par contre, trouve certaines modifications de son comportement : « s'impatiente et s'enerve plus facilement avec son entourage » et se culpabilise ensuite.

Présente un fond permanent mais peu important d'anxiété avec quelques insomnies; a parfois des périodes de dépression brèves, rapidement surmontées.

Exprime des idées religieuses très marquées : « a une vie intérieure riche, est très croyante, lit des livres religieux, aime s'isoler et prier, s'éloigne des plaisirs superficiels... ». En même temps, exprime avec quelque méfiance son intérêt pour les sciences occultes : la magie, la télépathie... et attribue d'une manière spontanée — mais en demandant le respect du secret médical — son I.R. à un phénomène d'envoûtement : raconte alors comment une ancienne amie de pensionnat l'a envoûtée et empoisonnée, comment elle a été envoûtée, mais trop tard, par un spécialiste.

Ces idées, à la limite du délire et des croyances, semblent avoir été partagées par la famille. Madame G. attribue des « facultés » à son mari, son père, sa mère au contraire n'est pas « réceptive »...

Ce système n'entrave actuellement en rien la vie de Madame G... qui paraît normalement inserée dans le réel et de plus correctement adaptée à sa situation de dialysée.

A de bonnes relations avec l'équipe médicale; suit parfaitement les prescriptions, est très coopérante.

La « greffe » : l'a souhaitée dès le début; a décidé de prendre le risque. En attend plus d'indépendance, une diminution des contraintes et souhaiterait avoir une activité professionnelle.

Peu après ces entretiens, Madame G... a subi une transplantation rénale qui est un succès tant sur le plan somatique que psychologique.

Observation n° 9 :

Madame V..., 43 ans.

Portugaise. I.R. par thrombose des veines rénales; est apparue lors d'une grossesse (la 10e); Madame V... a accouché en mai 1972 et est dialysée depuis septembre 1972.

— Biographie : née au Portugal; vint en France en 1970, 2 ans après son mari qui y exerce le métier de maçon.

A 10 enfants : l'aîné âgé de 20 ans, le plus jeune de 2 ans.

— Adaptation : Madame V... est dialysée depuis septembre 1972 et depuis lors a vécu le plus souvent en milieu hospitalier en raison de complications somatiques graves (hépatite, septicémies répétées) et de problèmes majeurs d'abord vasculaire : elle a présenté des thromboses successives de toutes les fistules et a dû subir récemment un pontage entre l'artère axillaire G. et la veine axillaire D. Ce n'est que depuis qu'elle a pu quitter le milieu hospitalier.

Actuellement, elle ne verbalise aucun problème, n'exprime aucune émotion, aucune anxiété, aucun élément dépressif.

Elle a des occupations ménagères très limitées, en est physiquement incapable. Sa fille aînée a pris en charge le foyer, s'occupe de l'éducation des autres enfants. Madame V... paraît très satisfaite sur ce plan et semble retirer des gratifications de ses enfants.

Son mari : 41 ans, maçon : « est très gentil pour moi, a accepté facilement ma maladie ». Les autres membres de la famille sont au Portugal; elle ne les a jamais revus.

Aucun problème familial.

Aucun problème financier.

Ses relations avec les médecins : a toujours manifesté une confiance absolue dans les médecins et a toujours été très coopérante. Malgré ses multiples et graves complications, est en permanence restée confiante dans l'avenir.

L'adaptation de Madame V... ne peut qu'étonner en raison du contraste entre sa situation particulièrement difficile et la tolérance qu'elle manifeste aux frustrations de tous ordres, sur le plan somatique et familial essentiellement. On peut se demander quelle est la part à attribuer au facteur ethnique, à un fatalisme extrême, ou à des mécanismes de défense particulièrement réussis à type de négation et d'isolation.

Observation n° 10 :

Monsieur J..., 46 ans.

D'origine espagnole.

Présentation : visage exprimant lassitude et tristesse; parle sans entrain, indifférent à l'entretien.

I.R. sur rein diabétique et glomérulo-néphrite chronique. En 1968, apparition du diabète; en 1970, diagnostic de l'I.R. et début du traitement par hémodialyse.

— Biographie : né en Espagne; vit depuis 17 ans en France où il s'est rapidement adapté; naturalisé français. Marié avec une femme de 47 ans; 4 enfants : 20, 19, 15 et 10 ans. Les autres membres de sa famille sont restés en Espagne.

— Adaptation : sur le plan professionnel : a dû abandonner son métier de mineur spécialisé en 1968; n'exerce aucune activité professionnelle : « trop fatigué, essoufflé... ». Reste allongé toute la journée, sans occupation; regarde la T.V., lit le journal, totalement oisif. Se dit incapable de toute activité.

Sur le plan familial : ne joue plus son rôle de père de famille; sa femme est seule responsable de l'éducation des enfants, des questions financières... Lui se sent totalement à sa charge et incapable de l'aider. Trouve sa femme « déprimée depuis sa maladie », a un sentiment d'auto-dépréciation à l'intérieur de sa famille.

Sur le plan financier : rencontre des problèmes majeurs d'après lui et subit d'importantes frustrations par l'hémodialyse. Se dit mal aidé par l'assistante sociale, trouve la loi injuste : est alors revendiquant et agressif; ne s'anime que lorsqu'il aborde ce sujet.

Plan thymo-affectif : présente un état dépressif avec idées noires qu'il refuse de préciser : « des bêtises »; insomnies (ne dort que 4 heures par nuit) rebelles aux hypnotiques; anxiété; et perte de l'élan vital.

Se plaint de nombreux symptômes physiques (asthénie, troubles visuels) mais qui doivent sûrement avoir une étiologie organique : Monsieur J... est contraint à des séjours répétés en milieu hospitalier pour des problèmes somatiques (diabète, troubles hydro-électrolytiques...) et un problème d'abord vasculaire. Il est difficile de faire la part des facteurs psychiques dans son asthénie et ses plaintes somatiques.

Est conscient des modifications de son comportement : « avant l'hémodialyse, était gai, calme, toujours à l'aise; depuis, est triste, inquiet ». Evite de voir des amis pour ne

pas avoir à parler de sa maladie; s'isole et se retire chez lui; « en raison de ses troubles visuels », évite de sortir seul.

Avant l'I.R., n'avait aucun antécédent pathologique; l'I.R. a été son premier contact avec la maladie et il s'est vu immédiatement invalide, « les reins bloqués ». S'est imaginé « des prothèses vasculaires volumineuses qui l'obligeraient à couper ses vêtements ».

« N'acceptera jamais la dialyse à domicile » : craint trop d'éventuelles complications.

Le comportement de Monsieur J... est dominé par la passivité, la régression dans une situation de dépendance qui n'évitent cependant pas aux éléments dépressifs et à l'anxiété d'émerger; ceux-ci apparaissent à travers les sentiments de charge, d'inutilité... mais ne sont pas directement verbalisés.

Observation n° 11 :

Mademoiselle L..., 31 ans.

De race gitane.

I.R. secondaire à une glomérulo-néphrite chronique, diagnostiquée depuis 9 ans; est dialysée depuis 2 ans.

A un biotype gitan très net. Au cours d'un premier entretien, est opposante, reste immobile et répond à peine, a un visage fermé, figé, impassible. Le deuxième entretien permet un certain contact : elle se présente plus détendue, moins opposante mais conserve une certaine distance.

Il semble impossible d'évaluer l'adaptation de Mademoiselle L... selon les critères habituels en raison des modalités de vie particulières que lui confèrent sa race. Le sentiment de la famille est très vif en elle, de même que chez tous les gitans. Elle vit dans un cercle familial très serré; ses parents « font les marchés », ses frères et sœurs ont des occupations variables selon les saisons : moissons, vendanges... mais restent toujours entre eux.

Depuis les dialyses, elle n'a plus que des occupations ménagères mais reste très intégrée à la vie des siens. Par contre, elle ne s'est jamais intégrée à la vie du service . est totalement étrangère aux autres dialysés, ne parle pas, et s'isole d'eux pendant les séances en mettant un drap sur la tête. De même n'a aucun dialogue, aucun échange avec les membres de l'équipe médicale.

Présente parfois des troubles somatiques à type de nausées, de vomissements, de céphalées mais n'émet pas la moindre plainte.

Ne verbalise aucune difficulté d'adaptation, n'exprime aucun sentiment dépressif mais souhaite vivement la greffe qui « lui éviterait de venir à l'hôpital ». Paraît tolérer très mal le milieu hospitalier et son comportement traduit des sentiments agressifs sous-jascents.

A quelques troubles caractériels : est impulsive avec tendance au passage à l'acte rapide.

L'adaptation de Mademoiselle L... est difficile à apprécier à cause d'une part des facteurs ethniques, d'autre part de l'opposition. Ce comportement opposant témoigne de sentiments agressifs qui demanderaient à être verbalisés.

Observation n° 12 :

Madame C..., 49 ans.

Présentation : paraît tendue, peu soucieuse de son apparence.

I.R. secondaire à une polykystose rénale, découverte en janvier 1971. Dialysée depuis août 1972.

— Biographie : élevée par ses grands parents dit avoir été « toujours seule ». Se marie à l'âge de 25 ans : mari : 53 ans actuellement, charcutier; bonne entente conjugale.

Une fille de 26 ans qui présente aussi une polykystose rénale découverte il y a un an.

Une sœur morte en 1969 pendant une séance d'hémodialyse à l'âge de 48 ans.

— Adaptation : dialysée depuis août 1972; a été hospitalisée jusqu'en novembre pour problèmes d'abord vasculaire.

Présente actuellement un syndrome anxio-dépressif avec troubles de l'humeur, insomnies, perte de l'élan vital : « se demande si cela vaut la peine de continuer ».

Sur le plan somatique : son état est dominé par un problème majeur : l'abord vasculaire. Madame C... a subi de multiples interventions et l'abord vasculaire se fait actuellement par un shunt artério-veineux au niveau de l'avant-bras droit.

Ce shunt impose à Madame C... d'une part une limitation des mouvements; d'autre part des soins constants : toutes les 4 heures, une injection d'héparine. Ceci est en partie responsable des troubles du sommeil; elle évite de dormir pour ne pas oublier l'heure. Elle évite aussi de sortir « de peur que son shunt ne soit accroché ».

Ce shunt est donc la source d'importantes frustrations, mal tolérées par la malade.

Se plaint de plus d'asthénie, de nausées de manière constante, d'anorexie et parfois même de vomissements les jours de dialyse.

Plan socio-professionnel : a dû abandonner son métier d'ouvrière-tailleur en 1971 quand l'I.R. a été diagnostiquée.

Ceci a constitué une frustration importante. Un essai de réinsertion professionnelle en novembre 1973 a échoué à cause des problèmes de shunt; est incapable, non seulement d'exercer un métier, mais d'avoir une quelconque activité manuelle.

Plan familial : mari et fille constituent un soutien mais sont peut-être trop protecteurs : « redoutent de me voir sortir ». A des relations étroites avec sa fille; est très anxieuse à son sujet : craint pour elle un avenir d'I.R. et d'hémodialyse.

Madame C... est mal adaptée à l'hémodialyse, est à la fois dépressive et anxieuse, avec fixation de son anxieté sur le shunt et conversion parfois dans des manifestations somatiques à type de troubles de l'alimentation et du sommeil. Les frustrations sont importantes, tant sur le plan somatique, que professionnel et même familial puisque sa fille lui paraît une candidate prochaine à l'hémodialyse.

Observation n° 13 :

Monsieur B..., 40 ans.

Biotype athlétique, brun.

I.R. secondaire à une glomérulo-néphrite chronique, diagnostiquée en octobre 1970; est dialysé depuis.

Biographie : est originaire d'Afrique du Nord : né en Algérie. De 1955 à 1957 : est dans l'armée, fait la guerre d'Algérie; attribue le début de ses troubles rénaux à cette époque. Se marie en 1958; rentre en France en 1962.

— Adaptation : les premières dialyses ont eu lieu dans un contexte somatique sévère; « en est sorti en pleine forme »; ceci correspond à une phase d'euphorie avec sensation de « retour à la vie ».

Une période dépressive y a fait suite avec diverses frustrations; « j'étais un fardeau pour les autres ». A maintenant dépassé cette phase et ne présente pas d'éléments dépressifs nets. N'a pas de plaintes somatiques malgré une hépatite en évolution qui contre-indique temporairement une « greffe ».

Sur le plan socio-professionnel : a toujours cultivé ses terres en Algérie puis en France. Depuis qu'il est dialysé, a dû changer d'activité et vendre sa propriété : ceci a constitué une lourde frustration. S'est « reconverti dans l'immobilier ». Est de plus entraîneur-sélectionneur d'une équipe de football : ce rôle semble le gratifier en lui redonnant une bonne image de son corps.

Recherche encore des activités supplémentaires. N'a aucun problème financier. Est sociable et n'a aucune tendance à s'isoler.

Sur le plan familial : sa femme, 37 ans, constitue un soutien valable; bonne entente conjugale. Deux fils (14 et 16 ans), « aucun problème ». A donc un entourage familial sûr.

Relations avec l'équipe médicale : est confiant et coopérant; émet quelques revendications sur le transport en ambulance.

Après une phase dépressive qui semble correspondre à la perte de son activité professionnelle, Monsieur B... s'est bien adapté à sa situation d'hémodialysé et montre une humeur et un comportement très satisfaisants.

Observation n° 14 :

Monsieur S..., 20 ans.

I.R. secondaire à une glomérulo-néphrite chronique a débuté à l'âge de 12 ans; dialysé depuis l'âge de 18 ans : en octobre 1971.

Biographie : de 12 à 18 ans, a le statut de malade, soumis à un régime alimentaire strict et à une limitation de ses activités par une mère hyperprotectrice. A arrêté sa scolarité en seconde.

— Adaptation : pendant les 6 premiers mois de dialyse, a été dépressif : « entre les séances d'hémodialyse, je ne faisais rien, je restais assis ou allongé à ressasser les mêmes idées ». N'a parlé de cet épisode dépressif qu'au cours d'un deuxième entretien; a d'abord dit qu'il n'avait « jamais éprouvé d'impression pénible ».

Actuellement est normothymique, se dit physiquement bien, mais mentionne des moments de lassitude de dégout quand il pense à son état; il y réagit en « allant voir ses copains : il est sûr qu'avec eux, on ne parlera pas de maladie ».

Evite d'aborder le sujet de son état et même d'y penser; ainsi il ne parle que rarement aux autres dialysés : « ne parlent que de dialyse »; et il quitte l'hôpital le plus rapidement possible.

Résoud actuellement un de ses problèmes : la poursuite de ses études, interrompues par sa maladie. Après avoir traivaillé 2 ans avec son père, il vient de passer un concours (travaux publics) : ceci, en même temps qu'un métier, va lui apporter une certaine indépendance envers le milieu familial, et notamment envers sa mère. Le comportement hyper-protecteur de celle-ci, sûrement accentué depuis le traitement de son fils par hémodialyse, est à l'origine de conflits, de heurts fréquents.

Ses relations avec l'équipe médicale : éprouve envers les medecins des sentiments agressifs nets : « beaucoup n'y connaissent rien, surtout les jeunes, ils n'expliquent jamais rien; je n'ai pas confiance ».

Considère la machine comme partie intégrante de lui-même : « la machine est à moi; c'est moi qui la règle; je la connais mieux que tous ces médecins ». Et il surveille de près toute manipulation de la machine.

Suit le régime de loin; ne respecte pas les prescriptions médicales, « surtout pendant les week-ends où il sort beaucoup ». Tolère mal toute forme d'autorité.

Le traitement par hémodialyse a débuté sur un adolescent déjà perturbé par ses antécédents d'I.R. Il semble actuellement continuer à résoudre sa crise d'adolescence en même temps que les problèmes posés par l'hémodialyse, notamment les conflits de dépendance-indépendance; ainsi dans son refus de dépendance, il tolère mal toute forme d'autorité, en l'occurence l'autorité médicale.

Observation n° 15 :

Madame G..., 43 ans.

I.R. secondaire à une néphropathie interstitielle chronique. Dialysée de puis 1971. Le shunt a été pratiqué un an

avant le début des dialyses, « sans aucune explication », dit-elle.

— Biographie : née en Algérie; y a vécu jusqu'à l'âge de 30 ans. Se marie à 29 ans et rentre en France; s'installent comme cultivateurs dans l'Ariège; abandonnent cette situation en 1971 pour deux raisons : échouent et cherchent à se rapprocher du centre de dialyse.

Difficultés d'adaptation en France : « ont ici une situation financière et sociale moindre ».

— Adaptation : dialysé depuis 1971. Ne verbalise aucune difficulté d'adaptation à l'hémodialyse. En fait, a présenté des phases dépressives. N'est actuellement ni anxieuse, ni dépressive.

Sur le plan professionnel : n'a subi aucune frustration du fait de l'hémodialyse car n'a jamais eu réellement d'activité professionnelle; elle n'a participé que de loin aux travaux de la ferme, dans la mesure, dit-elle, où ses troubles physiques le lui permettaient. Actuellement, a des occupations ménagères mais limitées : « quand je suis fatiguée, je me repose ». Semble dégagée de toute obligation par sa mère et a adopté une attitude très passive.

Sur le plan familial : son mari, 53 ans, en convalescence d'un infarctus du myocarde. Aucun conflit entre eux mais peu d'échanges : « peu communicatif ».

Deux fils : 13 et 12 ans.

Sa mère : est son principal soutien et une aide matérielle efficace. Remplace Madame G... dans son rôle familial, ce qui semble lui convenir parfaitement.

Relations avec l'équipe médicale : est essentiellement passive. Présente parfois des crises névropathiques en cas de conflit ou de frustrations, des pleurs en cas de contrariétés. Est « jalouse » de l'attention que les médecins portent aux autres dialysés. Se soumet à toutes les prescriptions médicales.

Après une certaine réticence en début d'entretien, montre un souci de plaire et d'intéresser.

Observation n° 16 :

Madame G..., 59 ans.

I.R. secondaire à une polykystose rénale. Dialysée depuis novembre 1966.

Ataxie cérébelleuse après traitement par streptomycine depuis 1964.

Antécédents familiaux : père décédé d'I.R. aiguë en 1944. Sœur décédée en 1969 d'I.R. chronique : supportait très mal sa maladie; idées de suicide. Fils de 38 ans en I.R. chronique.

— Adaptation : dialysée depuis 1966; est « la doyenne des dialysés en France, la première à avoir subi une fistule » en éprouve toujours de la fierté. Raconte avec de nombreux détails et un certain exhibitionnisme ses débuts en dialyse. Les premières dialyses ont été vécues comme une agression de la part des médecins.

Sur le plan familial : mal soutenue par son mari qui a mal accepté la situation. Trouve son fils « distant ». Est insatisfaite sur le plan affectif de son entourage qui « ne lui accorde que peu d'attention ».

Sur le plan professionnel : a dû abandonner son métier (ouvrière en fourrure) en 1956 en raison de son I.R. A quelques activités à domicile mais limitées. Est très handicapée physiquement par ses troubles cérébelleux (ne peut sortir seule) et par des troubles visuels (cataracte).

Présentation hypomane : logorrheique, gesticulant en parlant, interpellant facilement les autres dialysés. Explique cette attitude en disant « j'ai un rôle à tenir dans ce service : je dois maintenir le moral des autres ».

Est souvent préoccupée par l'idée de la mort; « envisage le matin de dialyse qu'elle peut être morte le soir ». Ne fait aucun projet d'avenir. Recherche des occupations constantes pour éviter ces idées.

Semble se défendre de l'angoisse sous-jascente par un comportement hypomaniaque.

Observation n° 17 :

Monsieur L..., 50 ans.

I.R. sur rein diabétique; a débuté en 1967 et en 1968 a nécessité le traitement par hémodialyse.

— Biographie : à l'âge de 15 ans, arrête ses études et travaille dans la boulangerie de ses parents : très actif. Marié à 22 ans (en 1946), 3 enfants : 26, 18 et 12 ans. En 1968, décès du père et de la mère à 6 mois d'intervalle; vend le commerce et s'installe à Toulouse.

— Adaptation : les premières dialyses ont été bien vécues; « soutenu par les autres », « a apprécié l'ambiance du service ». Semble correspondre à une phase d'euphorie.

A présenté en 1969 un état dépressif avec velléités de suicide : « a hésité au dernier moment ». Ses idées noires ont ensuite disparu.

Actuellement, est plus anxieux que dépressif. Son anxiété apparaît dans des troubles du sommeil, dans une crainte exacerbée de la maladie et de la mort. Il se dit lui-même « soucieux, hyper-émotif, traumatisé par sa maladie ».

Plan socio-professionnel : jusqu'en 1968, exerçait simultanément des activités multiples : patron de son commerce, représentant... En 1969 doit stopper ses activités en raison des dialyses d'où une frustration importante. Après une période de dépression et d'inactivité, se reclasse en devenant employé de bibliothèque, travail qui lui plait et le gratifie. De plus, est depuis peu président d'une association d'hémodialysés. Cette hyper-activité socio-professionnelle semble un mécanisme de défense contre son anxiété.

Plan familial : trouve un excellent soutien dans sa femme (52 ans); aucun conflit entre eux mais est dévalorisé par un problème d'impuissance sexuelle.

A des relations de bonne qualité avec ses enfants.

Relations dans le service : très peu coopérant d'après les médecins, ne suit pas son régime. Lui se dit « attaché à l'hôpital, au service ».

Paraît rassuré par le groupe et refuse l'hémodialyse à domicile. Conserve l'espoir de la greffe en niant l'existence d'une contre-indication médicale.

Pendant les séances, présente parfois des chutes de T.A. accompagnées de bruyantes manifestations d'angoisse qui retentissent sur les autres dialysés et obligent à l'isoler. A alors un comportement de type hystérique avec phénomènes de conversion.

L'adaptation de Monsieur L... est de qualité moyenne; les mécanismes de défense multiples et de nouveaux investissements semblent insuffisants pour neutraliser son anxiété mais réussissent à la maintenir à un niveau compatible avec une vie « normale ».

CONCLUSIONS DES OBSERVATIONS SUR LES 17 DIALYSES

— 7 sont bien adaptés, sans élément dépressif, sans anxiété pathologique, avec réinsertion professionnelle dans la plupart des cas.

— 4 sont moyennement adaptés : soit dépressifs, soit anxieux, mais d'une manière modérée.

— 3 sont mal adaptés, présentent un syndrome dépressif net ou un état de régression prolongée.

— 1 a eu un comportement suicidaire qui s'est soldé par sa mort.

— 2 sont en phase de début d'adaptation.

L'ancienneté du traitement par hémodialyse varie selon les cas de 8 ans pour la « doyenne » des hémodialysés, à quelques mois pour les plus récents.

On constate que la qualité de l'adaptation n'est pas fonction de la durée du traitement par hémodialyse. Mais les troubles psychopathologiques n'apparaissent pas après plusieurs années d'évolution, pour autant qu'on puisse en juger avec le recul que nous avons. Ils se manifestent le plus souvent d'emblée ou après un court intervalle libre et évoluant selon 2 possibilités :

	Sexe Age	Troubles rénaux patents	Date de début d'H.D. ou durée d'H.D.	Complications somatiques	Humeur	Anxiété
N° 1	F. 47 ans	Depuis plus de 20 ans	1969 : Plus de 4 ans	++ au début de l'H.D.	Bonne	Minime
N° 2	H. 38 ans	Pas d'antécédent rénal patent	1971	0	Dépressive +++	++
N° 3	H. 43 ans	Bref passé rénal	1969	0	Correcte	Minime
N° 4	H. 49 ans	Troubles rénaux depuis 62	1970	0	Bonne	
N° 5	F. 40 ans	Bref passé rénal	1971	Minimes	Dépressive	+
N° 6	H. 42 ans	Bref passé rénal	Juin 1973 (quelques mois)	0	Dépressive	++ Insomnies
N° 7	H. 38 ans	Long passé : depuis 64	Déc. 1973 (quelques mois)	0	Bonne	—
N° 8	F. 47 ans	Long passé : plus de 20 ans	1971	0	Bonne	Minime
N° 9	F. 43 ans	Bref passé rénal	1972	+++ fistule	Bonne	?
N° 10	H. 46 ans	Passé bref : depuis 70	1970	++ diabète fistulé...	Dépressif	+

Réactions psychologiques à l'H.D.	Réinsertion Activités socio-professionnelles	Relations avec l'équipe médicale	Conclusions Adaptation
	++ Satisfaisante	Bonne qualité	**Satisfaisante**
Dépression Suicide en mai 74	+ Insatisfaisante	Absence totale de coopération	Adaptation défavorable suicide
Augmentation réactivité type paranoïaque	++ Activités professionnelles quasi-normales	Sur mode revendiquant, apressif	**Satisfaisante**
Modifications du caractère : augmentation irritabilité	++	Bonne qualité	**Satisfaisante**
Négation	++	Sentiment de dépendance	Moyenne
Dépression au début	—	En cours d'amélioration	Amélioration actuelle
Régression	—	Aucun problème	Phase de début
	+	Coopération	**Satisfaisante**
	—	Confiance +++ Coopération +++	**Satisfaisante**
Dépression Régression	—		Insatisfaisante

N° 11	F. 31 ans	Troubles rénaux depuis 65	1972	0	Correcte	
N° 12	F. 49 ans	Bref passé rénal	1972	++++ Abord vasculaire	Dépressive ++	++ Fixée sur le « shunt »
N° 13	H. 40 ans	Bref passé rénal	1970	0	Bonne	—
N° 14	H. 20 ans	Long passé rénal : depuis 8 ans	1971	0	Bonne	Modérée
N° 15	F. 43 ans	Bref passé rénal	1971	0	Correcte	Minime
N° 16	F. 59 ans	Long passé rénal	1966	+	Correcte	Modérée
N° 17	H. 50 ans	Bref passé rénal	1968	0	Correcte	+

	+ Activités intra-familiales	Aucune Communication Opposition	Insatisfaisante
	— Aucune activité	Moyenne	Insatisfaisante
Phase dépressive au début	++ Satisfaisante	Coopération	**Satisfaisante**
Préblèmes dépend-indép.	++	Médiocre : peu coopérant	Moyenne
	+ Activités limitées à domicile	Passivité dépendance	Moyenne
Comportement hypomaniaque	+ Activités limitées à domicile	Coopération	**Satisfaisante**
Somatisation de l'anxiété	+++ Hyper-activité	Faible coopération	Moyenne

- soit ils persistent et l'adaptation est de mauvaise qualité;
- soit ils s'atténuent progressivement et entrent dans le cadre de l'évolution normale de tout hémodialysé.

L'absence de tout antécédent rénal avec manifestations pathologiques semble être un élément défavorable d'adaptation. Les sujets qui savaient de longue date être des insuffisants rénaux, se montrent mieux adaptés à la situation d'H.D. Ceux qui se trouvent brusquement plongés dans la maladie et contraints d'être dialysés, sont plus souvent dépressifs.

La présence ou l'absence de complications somatiques ne paraît pas intervenir dans l'adaptation des sujets; dans 2 cas, malgré des complications somatiques majeures, l'adaptation est de bonne qualité; par contre, dans 2 autres cas où les sujets n'ont aucune complication, l'adaptation est mauvaise; enfin dans 3 cas avec complications majeures, l'adaptation est mauvaise.

A une adaptation de bonne qualité, correspond en général une réinsertion socio-professionnelle : sur les 7 sujets bien adaptés, 6 ont des activités professionnelles presque normales; 1 seul n'a pas d'activité.

Les relations avec l'équipe médicale sont de bonne qualité dans 8 cas, basées sur la coopération. Dans les autres cas, on observe, soit des attitudes opposantes, soit des attitudes passives et dépendantes.

L'attitude de coopération s'inscrit dans le cadre d'une adaptation satisfaisante.

2. VERIFICATION DES PRONOSTICS D'ADAPTATION PORTES EN 1968-69

Dans l'année 1968-69, 26 malades en insuffisance rénale parvenus au stade ultime, c'est-à-dire candidats à l'hémodialyse, ont été évalués sur le plan de leurs capacités

d'adaptation psychologique (Professeur Ag. MORON) et nous avons cherché à vérifier le pronostic d'adaptation porté à cette époque.

Seulement 8 d'entre eux sont toujours en H.D., dont 2 dans le service de néphrologie de Toulouse. Il nous a donc été possible que de nous entretenir avec ces 2 malades· les 6 autres sujets en dialyse se sont dispersés dans les centres d'Albi, Rodez, Nîmes et Pau et nous avons demandé à l'équipe médicale qui les a pris en charge de nous donner leur appréciation sur l'adaptation de ces sujets. 3 réponses sur 6 ont pu être recueillies :

— 8 sur les 26 sont décédés. Nous avons pu néanmoins vérifier le pronostic d'adaptation en demandant à leur thérapeute quel a été leur comportement pendant la période de dialyse avant la survenue du décès.

— 10 sont transplantés. Pour ces sujets, un entretien, survenant bien après la fin de la période de dialyse n'aurait pas présenté d'intérêt en ce qui concerne l'évaluation de l'adaptation à l'H.D. Aussi, de même que pour les sujets décédés, nous avons demandé aux médecins qui les ont eus charge de préciser la qualité de leur adaptation.

Ainsi nous avons pu vérifier le pronostic d'adaptation de 23 sujets sur 26.

Sujets transplantés :

1. — Mademoiselle S..., 25 ans :
   - — Pronostic : « Adaptation difficile mais correcte à la dialyse, avec une certaine fragilité psychologique ».
   - — Adaptation : moyenne.
2. — Madame M..., 32 ans :
   - — Pronostic : « Bonne indication de la dialyse. Préoccupation de la malade concernant les techniques, les résultats..., banal dans un milieu de type « intellectuel ».
   - — Adaptation : bonne.

3. — Monsieur S..., 29 ans :

   — Pronostic : « Excellente indication. Niveau culturel médiocre mais parfaite stabilité psychique et plus spécialement émotionnelle ».

   — Adaptation : bonne.

4. — Monsieur C..., 16 ans :

   — Pronostic : « Petite immaturité affective, ne gênera pas la participation à la dialyse ».
   — Adaptation : correcte.

5. — Monsieur T..., 23 ans :

   — Pronostic : Indication très correcte pour une transplantation rénale. Adaptation sociale et professionnelle bonne ».
   — Adaptation : ce malade a été « greffé » immédiatement et on n'a pas pu préciser son adaptation à l'H.D. : la période de dialyse a été trop courte.

6. — Monsieur D..., 46 ans :

   — Pronostic : « Bon ».
   — Adaptation : idem précédent.

7. — Monsieur A..., 49 ans :

   — Pronostic : « Excellente indication; stabilité émotionnelle, compréhension parfaite des problème ».
   — Adaptation : idem que les deux cas précédents.

8. — Madame B..., 58 ans :

   — Pronostic : « Etat d'émotivité anxieuse fort ancien, rendant difficile l'adaptation au traitement par H.D. ».
   — Adaptation : mauvaise.

9. — Mademoiselle R..., 25 ans :

   — Pronostic : « Etat sub-dépressif chronique sur fond d'immaturité affective et niveau culturel médiocre ».
   — Adaptation : moyenne.

10. — Mademoiselle H..., 26 ans :

— Pronostic : « Pas de contre-indication. Structure psychologique à petite tendance caractérielle justifiant la mal tolérance relative à la situation hospitalière de la malade ».
— Adaptation : moyenne.

— Conclusion : l'adaptation des sujets à l'H.D. avant la « greffe », s'est montrée dans tous les cas conforme à ce qui avait été prévu.

Sujets décédés :

1. — Mademoiselle C..., 30 ans :

— Pronostic : « Stabilité émotionnelle tout à fait correcte. Bonne prise en considération du problème. Pas de contre-indication à la dialyse ».
— Adaptation : bonne. Mort par cirrhose.

2. — Monsieur G..., 27 ans :

— Pronostic : « Attitude psychologique normale devant la maladie, avec une première réaction émotionnelle logique. Bonne indication tant à la dialyse qu'à la greffe ».
— Adaptation : moyenne. Mort par cirrhose.

3. — Madame E..., 26 ans :

— Pronostic : « Petite anxiété mais sur un léger fond d'immaturité affective ».
— Adaptation : bonne. Mort par endocardite.

4. — Monsieur S..., 37 ans :

— Pronostic : « Se situe correctement en face du problème de la maladie. Les techniques de dialyse et de greffe paraissent normales à un tel sujet. Bonne indication ».
— Adaptation : bonne. Mort par septicémie après transplantation rénale.

5. — Madame C..., 51 ans :

   — Pronostic : « Aucun problème psychologique au sujet de la dialyse ou de la greffe ».
   — Adaptation : moyenne. Mort par I.C.

6. — Monsieur D..., 16 ans :

   — Pronostic : « L'indication est médiocre sans qu'il y ait de contre-indication formelle. En effet si ce garçon est immature au point de vue affectif (et physique), il n'est pas sot, doit pouvoir se montrer coopérant, paraît bien entouré... ».
   — Adaptation : satisfaisante. Mort par hyperkaliémie.

7. — Monsieur B..., 20 ans :

   — Pronostic : « Petit état anxieux parfaitement légitime du fait des investigations et traitements actuels, ne constituant absolument pas une contre-indication ».
   — Adaptation : mort à Paris après transplantation.

8. — Monsieur B..., 44 ans :

   — Pronostic : « Très mauvaise indication de dialyse du fait de tendances cénestopathiques et de la faiblesse de la personnalité ».
   — Adaptation : refusé en H.D. Mort.

— Conclusion : Le pronostic d'adaptation s'est montré exact dans les 7 premiers cas. Dans le cas n° 8, les résultats de l'évaluation psychologique du sujet ont constitué une contre-indication à l'H.D.

Sujets hémodialysés :

A. — CENTRE D'ALBI : Clinique C. BERNARD

1. — Madame D..., 37 ans :

   — Pronostic : « Bonne stabilité émotionnelle. Aucun élément susceptible de faire contre-indiquer dialyse ou greffe ».

— Adaptation : « Des plus satisfaisantes, Madame D... joue pleinement son rôle de mère de famille et de maîtresse de maison dans la mesure où son état clinique le permet ».

2. — Monsieur G..., 16 ans :

— Pronostic : « Pose le problème d'une immaturité affective très importante avec retard intellectuel évident. Ne constitue pas cependant une contre-indication ».

— Adaptation : « Pose des problèmes plus complexes que Madame D... Ce jeune garçon a toujours été extrêmement entouré sur le plan familial, peut-être excessivement, ce qui a gêné l'épanouissement de sa personnalité. Ainsi, alors que son état clinique est des plus satisfaisants, il n'exerce aucune activité notamment sur le plan professionnel ».

B. — CENTRE DE NIME

1. — Monsieur B..., 20 ans :

— Pronostic : « Insouciance manifeste mais certainement un peu excessive et cachant mal l'anxiété logique vis-à-vis des problèmes de la maladie. Néanmoins adaptation très satisfaisante à la dialyse ».

— Adaptation : « H.D. nocturnes. Adaptation excellente. Monsieur B... est parfaitement inséré dans son milieu familial; sa femme l'aide efficacement dans son traitement. Il a repris une activité professionnelle (employé de bureau) depuis décembre 1973 ».

C. — Les autres centres : pas de réponse.

D. — CENTRE DE TOULOUSE

1. — Madame G..., 59 ans :

— Pronostic : « Acceptation parfaite des techniques de dialyse, avec une certaine fierté d'être la première Toulousaine en cette matière ».

Tests : bonne tolérance aux stress

— niveau intellectuel : 100
— coopération satisfaisante
— soutien familial moyen
— aucune réinsertion professionnelle n'est envisagée mais sans être à l'origine de frustration.
— Adaptation : satisfaisante (voir observation n° 16).

2. — Monsieur L..., 50 ans :

— Pronostic : « Petite intolérance à la dialyse vu la structure caractérielle assez fermée, ce qui justifie et explique le désir assez vif d'une greffe. En réalité, ceci ne contre-indique ni l'une, ni l'autre de ces techniques ».

Tests :

— attitude coopérante
— niveau intellectuel : 113
— tendance à la dépression; préoccupations hypocondriaques
— bonne capacité de réinsertion socio-professionnelle
— valeur positive de l'entourage familial.

En conclusion : bon candidat à l'H.D.

— Adaptation : moyenne (voir observation n° 17).

Conclusion : La concordance entre le pronostic d'adaptation et l'adaptation réelle des hémodialysés a permis de vérifier et de confirmer que les critères ont été correctement choisis, à savoir : la tolérance aux frustrations, la coopération, la capacité de réinsertion socio-professionnelle, le niveau intellectuel et la valeur de l'entourage familial.

L'adaptation du candidat à l'H.D. peut donc être évaluée par le psychiatre sous l'angle de ces différents facteurs. Ceci permet de prévoir des difficultés d'adaptation et d'être prêt à y remédier ou mieux de les prévenir.

LE ROLE DU PSYCHIATRE

1. SELECTION

Lorsque l'H.D. périodique est sortie du domaine expérimental pour entrer dans la pratique médicale courante et s'appliquer aux sujets en I.R. au stade terminal, on a vu se poser des problèmes de choix des malades : en effet, tous les I.R. ne pouvaient bénéficier de cette technique en raison de la disproportion qui existait entre le « matériel disponible » (centre équipé de rein artificiel et doté de personnel qualifié) et le nombre de sujets candidats à l'H.D. Le choix de ces malades est un problème grave car leur refuser l'H.D. signifie leur enlever les chances de survie et les voir succomber à leurs désordres métaboliques dans un délai plus ou moins bref. Il a donc fallu que ce choix revête un caractère juste, se fasse en fonction de critères nets. Le choix s'est évidemment en premier lieu basé sur des critères somatiques : ainsi par exemple, il n'est pas envisageable de dialyser des sujets qui présentent une deuxième affection chronique grave autre que l'affection rénale.

Mais après avoir écarté certains sujets selon ces critères somatiques, il demeurait cependant un trop grand nombre de malades à dialyser. Quels critères choisir ? Les critères sociaux ne pouvaient être retenus : il est impossible de dispenser ou non une thérapeutique en fonction de la valeur sociale ou familiale ou intellectuelle ou autre d'un individu. On envisagea alors de considérer des critères psychologiques et de faire participer des psychiatres dans cette sélection. Ceux-ci ont proposé différents critères de stabilité émotionnelle, de maturité... mais ils ont vu se poser

à eux des problèmes éthiques en raison du défaut d'objectivité qui pouvaient leur être reproché.

De nos jours, le problème de la sélection et du choix des malades en fonction des places disponibles ne se pose plus : le nombre des places est suffisant et tous les I.R. qui doivent bénéficier d'une H.D. périodique le peuvent.

Le psychiatre n'a donc plus à assumer ce rôle difficile qui consistait à porter des contre-indications à l'H.D. devant des sujets qui, selon lui ne toléreraient pas cette situation.

2. **TRAITEMENT**

Le psychiatre intervient cependant de nos jours encore dans la période qui précède le début du traitement par H.D., non plus pour « sélectionner » les malades mais pour évaluer ses capacités d'adaptation à sa situation prochaine d'hémodialysé. Nous avons décrit plus haut les facteurs d'adaptation qui présentent un intérêt pour l'évaluation d'un pronostic d'adaptation : la tolérance aux stress, la capacité de réinsertion socio-professionnelle, la valeur de l'entourage familial... Le psychiatre peut bénéficier dans cette phase de la collaboration d'un psychologue afin de compléter par des tests de niveau et de personnalité, les éléments recueillis par l'entretien.

Ce pronostic a pour but de prévoir d'éventuelles difficultés d'adaptation et doit permettre au psychiatre d'être prêt à y remédier, ou mieux d'intervenir avant qu'elles n'apparaissent et de les éviter. C'est là que se situe actuellement un des rôles essentiels du psychiatre qui est un rôle thérapeutique.

L'action thérapeutique peut donc intervenir avant le début des séances d'H.D., dans la « phase de pré-dialyse ». Il s'agit alors essentiellement d'une intervention psychothérapique, variable en fonction de chaque individu et des problèmes que posent pour lui l'H.D. Par ailleurs, une intervention du psychiatre à cette phase de pré-dialyse permet une prise de contact et facilite l'établissement d'une relation.

Mais l'action thérapeutique du psychiatre se situe plus souvent lorsque le sujet est en cours de traitement par H.D. Nous avons vu que les troubles psychiatriques nets sont très rares : peu d'hémodialysés présentent des décompensations aiguës; le cas échéant, il est nécessaire d'avoir recours à la **chimiothérapie** habituelle : ainsi une bouffée d'angoisse bénéficiera des anxiolytiques banaux ou de neuroleptiques sédatifs selon son étiologie névrotique ou psychotique; un état dépressif sera traité par thymo-analeptiques et en cas d'échec de la chimiothérapie, pourra bénéficier de sismo-thérapie.

Alors que les syndromes psychiatriques nettement définis ne se rencontrent que très rarement, la majorité des hémodialysés présentent des difficultés d'adaptation en rapport avec des problèmes psychologiques. Ceux-ci relèvent alors d'une **psychothérapie :** il est intéressant, afin d'adaptation et par la qualité de la vie des dialysés, de connaître leurs problèmes et de les considérer avec eux.

La première difficulté d'une psychothérapie est de la faire accepter par le sujet : il refuse souvent toute relation en « niant » tout trouble, selon le mécanisme habituel du dialysé — la négation — et en s'opposant à l'établissement d'une relation. Par ailleurs, le dialysé refuse de parler à un psychiatre de peur d'être pris pour un « fou » par les autres; il considère le fait de voir un psychiatre comme humiliant, comme un signe de faiblesse. Par contre, refuser de le voir est pour lui souvent un signe de force, d'équilibre, d'intégrité mentale.

Les difficultés peuvent aussi venir du psychiatre qui craint, en faisant tomber les défenses du dialysé, de provoquer des réactions dépressives ou de favoriser des passages à l'acte. On peut répondre facilement à cette objection : en effet, les possibilités de réactions dépressives ou de passage à l'acte — auto ou hétéro-agressif — seront évités en portant des indications correctes de psycho-thérapie, c'est-à-dire en respectant les principes habituels et en éliminant les sujets qui, derrière des défenses massives et rigides, cachent un moi faible et sont incapables de subli-

mation. En fait, le plus souvent cette crainte n'est qu'une rationalisation et masque une répugnance du psychiatre à s'engager dans une relation avec l'hémodialysé. On a remarqué cette même répugnance du psychiatre dans le cas de toutes les maladies somatiques chroniques, et lorsque l'espérance de vie est diminuée. En effet, le psychiatre est face à la maladie chronique dans une situation peu confortable; il est moins anxiogène et plus sûr pour lui de traiter des névrotiques et de ne pas être confronté avec des confrères d'autres spécialités, hostiles ou sceptiques. Ei en définitive, on a pu constater que peu de psychiatres s'intéressent aux problèmes psychologiques des malades chroniques.

Cependant, dans des centres d'H.D., des psychiatres ont entrepris des psycho-thérapies d'hémodialysés, notamment KAPLAN DE NOUR (Université de Jérusalem), ABRAM (Université de Nashville - Tennessee), et ont mis en évidence un certain nombre de points communs.

La psycho-thérapie va viser en premier lieu les **conflits de dépendance-indépendance** qui occupent une grande place pour le dialysé : en effet, l'H.D. est une situation où les dépendances sont importantes, d'une part à la machine d'autre part à l'équipe de soins. Il faut amener le dialysé à verbaliser ses sentiments au sujet de cette dépendance. Alors que durant les séances d'H.D., et pour tout ce qui concerne l'H.D., le sujet est très dépendant, il doit se montrer indépendant dans le reste de sa vie et la psycho-thérapie doit s'efforcer de l'aider à reconquérir son indépendance à l'extérieur. Par contre dans sa période de début de dialyse, certains thérapeutes favorisent toute situation de dépendance dans le but d'obtenir une régression mais cette attitude ne doit être que temporaire : ainsi on a constaté qu'un dialysé hospitalisé pour des raisons somatiques, d'où en situation de dépendance, s'améliorait souvent sur le plan émotionnel. Cette phase de régression présente cependant le danger de se prolonger trop ou de rester définitive : l'hémodialysé conserve alors un comportement infantile, reste très dépendant de son entourage, du personnel soignant, abandonnant toutes ses responsabilités.

L'expérience montre que l'hémodialysé éprouve des

sentiments agressifs envers les thérapeutes. La psycho-thérapie doit l'amener à ressentir ces sentiments souvent refoulés, puis à les verbaliser. Il exprime souvent d'abord son agressivité à l'égard du psychiatre — qui a le rôle le moins important dans l'équipe — puis à l'égard des infirmières, enfin plus rarement à l'égard des médecins chargés de l'H.D. On a observé que lorsque le sujet verbalise ses sentiments agressifs envers l'équipe soignante, il devient plus apte à coopérer et à suivre les prescriptions médicales.

Les problèmes d'agressivité, les conflits de dépendance-indépendance occupent une grande place dans la psychothérapie de l'hémodialysé mais il y en a beaucoup d'autres à aborder, notamment la menace de la mort, l'image du corps, le vécu fantasmatique...

Les hémodialysés vivent dans un climat d'insécurité, de risques permanents, ils ressentent la fragilité de leur survie, et assistent parfois au décès subit d'un d'entre eux au cours d'une séance. Pour les Anglo-Saxons, il est préférable d'envisager avec eux le problème de la mort plutôt que d'éviter ce sujet présent à l'esprit de tous.

L'image du corps est modifiée, d'une part par la maladie et ses conséquences, d'autre part par le matériel d'H.D., « la machine ». Toutes les fois que les techniques médicales ont recours à l'utilisation d'organes artificiels ou d'organes prothèses, cela provoque des modifications de l'image du corps et fait apparaître différents fantasmes : fantasmes qu'une partie du corps est inhumaine, dévitalisée, morte ou que le corps entier est commandé par la machine, l'apparentant à un robot... On rejoint là d'ailleurs les fantasmes de science-fiction et ses thèmes de robotisation d'êtres humains.

Ces modifications de l'image du corps résultent du mécanisme d'incorporation, « processus par lequel le sujet fait pénétrer et garde un objet à l'intérieur de son corps », l'objet étant en l'occurence « le rein artificiel », « la machine de dialyse ».

Ces fantasmes de dévitalisation d'une partie du corps, de perte de limite nette entre son propre corps et la machi-

ne... ne sont directement exprimés que très rarement par les dialysés; seuls les sujets qui présentent des épisodes psychotiques — soit schizophreniformes, soit maniaques, soit dépressifs — vont exprimer ouvertement ces fantasmes. Ainsi KEMPH rapporte un cas où le sujet se dessine comme un homme « cassé, désarticulé », se décrit comme une « marionnette malade contrôlée par des attaches de ses bras ». SHEA parle d'un adolescent qui traduisait la perte de sa propre identité dans un dessin de son corps où la tête et le thorax avaient un contour cylindrique de même que la « machine »...

En dehors de ces cas de réactions psychotiques, où les défenses sont insuffisantes, on ne peut mettre en évidence au cours d'un simple entretien le vécu fantasmatique du dialysé qui reste insconscient. Mais en ce qui concerne l'image du corps, la psycho-thérapie peut intervenir dans tous les cas au niveau de la dévalorisation de cette image, très fréquente chez le dialysé, et va viser à restaurer cette image.

La psycho-thérapie de l'hémodialysé doit donc s'attacher à différents problèmes; nous n'avons fait ici qu'aborder les plus évidents, notamment les conflits de dépendance-indépendance, les problèmes d'agressivité et les perturbations de l'image du corps. Mais le psychiatre qui entreprend une psychothérapie d'hémodialysé ne doit pas méconnaître un élément important : l'**entourage familial du dialysé,** notamment le conjoint. Nous avons vu l'importance qu'a l'attitude de l'entourage dans l'adaptation du sujet; par exemple, un entourage surprotecteur favorise la régression du dialysé, une situation de dépendance et d'abandon de ses responsabilités. Il est donc important que le psychiatre étende son rôle aux membres immédiats de l'entourage et mette en évidence à leurs yeux l'importance que peut avoir leur attitude. Le psychiatre découvre parfois chez le conjoint des sentiments hostiles à l'égard de l'H.D. et doit chercher à les faire disparaître en raison de leur influence nocive sur le dialysé. C'est SHAMBAUGH et son équipe qui se sont attachés à étudier les inter-relations entre le patient et son conjoint; ils ont réuni des groupes d'épouses de dia-

lysés et ont étudié leurs frustrations, l'impact émotionnel à domicile de l'H.D.

3. ROLE SUR L'EQUIPE MEDICALE

Nous venons de voir le rôle psychothérapique du psychiatre sur le dialysé et son extension nécessaire à l'entourage familial. Mais le psychiatre ne peut limiter là son rôle; en effet, il existe un élément important dans la vie du dialysé : l'équipe soignante. Le malade a avec elle des contacts répétés et prolongés — soit avec les médecins spécialistes, soit avec les infirmières —. Nous avons vu plus haut les réactions et les sentiments du dialysé envers l'équipe médicale : refus de dépendance et agressivité, ou passivité et dépendance excessive... Mais il est intéressant de considérer les réactions émotionnelles des autres membres de la relation soignant-soigné, c'est-à-dire les réactions des médecins néphrologues et des infirmières.

Les différents membres de l'équipe sont profondément impliqués sur le plan émotionnel dans cette relation mais leurs réactions sont difficiles à connaître en raison d'une certaine méfiance qu'ils éprouvent à l'égard du psychiatre : de même que le dialysé craint de « passer pour fou » aux yeux des autres et de perdre sa propre estime en ayant recours au psychiatre, de même les membres de l'équipe craignent d'être « analysés », jugés. Le psychiatre doit clairement définir son rôle à l'intérieur de l'équipe : il n'est pas un thérapeute pour l'équipe; il participe au traitement des dialysés et est lui-même un membre de l'équipe médicale, qui peut éventuellement intervenir dans ses problèmes émotionnels.

Lorsque le psychiatre cherche à connaître les réactions de l'équipe de dialyse, il le fait dans deux buts : — d'une part dans l'intérêt du malade, afin d'atténuer les réactions du personnel soignant défavorables à l'adaptation du malade, — d'autre part dans l'intérêt des membres de l'équipe eux-mêmes pour leur éviter des troubles de l'humeur.

Les réactions émotionnelles de l'équipe ont été étudiées par différents auteurs : essentiellement par HALPER,

Université de Chicago; par KAPLAN DE NOUR (Jérusalem) et par ABRAM (Université du Tunnessee). Ils ont pu observer différents types de réactions et de sentiments à l'égard du dialysé et un type donné de réactions va s'observer avec des fréquences variables selon la fonction du sujet : infirmière ou médecin.

C'est ainsi que les réactions de possession et de surprotection se rencontrent parmi les infirmières : elles adoptent à l'égard du dialysé une attitude possessive; il leur « appartient », elles sont jalouses de l'intervention d'un tiers dans la relation, elles répriment les manifestations d'indépendance de la part du dialysé... KAPLAN DE NOUR a noté un « ressentiment » de la part des infirmières à l'arrivée du psychiatre dans l'équipe, celles-ci sabotant son travail, « oubliant » ses rendez-vous... D'après l'auteur, cette attitude surprotectrice traduit une agressivité sous-jascente.

Alors que les infirmières adoptent parfois ce rôle de mère surprotectrice, les médecins, et notamment celui à qui appartient le plus de responsabilités, se voient attribuer le rôle de père autoritaire, exigeant. Cette situation doit être évitée car elle est à l'origine de conflits défavorables à l'équipe et au malade.

A l'opposé de ces réactions de possession on peut voir l'équipe réagir par une attitude de rejet, de retrait (« winthdrawal-reactions »). Ceci s'observe plus fréquemment de la part du médecin mait peut se voir aussi parmi les infirmières; cette réaction se traduit par une diminution de l'intérêt pour le dialysé, peut expliquer la fréquence des mouvements du personnel plus grande que dans les autres services. Cette même réaction a été remarquée pour le psychiatre lui-même qui évoque différentes difficultés pour venir dans le service de dialyse, ou pour rencontrer le dialysé.

Le médecin peut aussi éprouver des sentiments de culpabilité face au malade, mais ce type de sentiment s'est observé surtout lorsque se posait le problème de sélection. Il craignait alors de manquer d'objectivité et de refuser par

erreur à un insuffisant rénal de prolonger sa vie. Ce problème actuellement dépassé était une source de culpabilité.

Le rôle du psychiatre dans l'équipe de dialyse peut s'exercer dans le cadre de réunions d'équipe : il doit expliquer les réactions de l'hémodialysé, en montrer le mécanisme et les causes sous-jascentes. Ces réunions doivent aussi servir à leur faire prendre conscience de leurs propres réactions à l'égard du dialysé, et à lutter contre les réactions négatives et anti-thérapeutiques. Le néphrologue qui travaille dans une unité de dialyse ne peut se contenter d'être un technicien uniquement préoccupé de corriger les désordres métaboliques, d'éviter les complications somatiques... Il est trop impliqué dans la relation médecin-malade et doit s'efforcer d'être en même temps un humaniste; c'est là que le psychiatre peut l'aider.

De même les infirmières sont en contact étroit avec le malade et leur rôle de soins sur le plan somatique ne constitue qu'un aspect — certes essentiel mais incomplet — de leurs fonctions.

CONCLUSION

L'hémodialyse est une situation particulière, à l'origine de chocs, de perturbations psychiques et de frustrations multiples face à laquelle les sujets réagissent selon leur personnalité. Il est intéressant de voir les mécanismes de défense qu'ils mettent en œuvre et la qualité de l'adaptation qui en résulte.

Nous avons pu voir que les troubles psychiatriques nets tels que des épisodes psychotiques, délirant, maniaque ou mélancolique pur, sont rares. On observe par contre des états dépressifs et anxieux dans une proportion importante de cas : ceci fait l'intérêt de la question et incite à rechercher la signification de ces états. Leur étiologie semble liée à l'échec ou à l'insuffisance des mécanismes de défence. C'est à leur sujet que le rôle du psychiatre est capital pour améliorer l'adaptation psychologique.

Le psychiatre intervient aussi dans la période de prédialyse afin d'évaluer les capacités d'adaptation et de porter un pronostic d'adaptation psychologique. Nous avons pu vérifier ici la concordance entre le pronostic et l'adaptation réelle d'un certain nombre d'hémodialysés du C.H.U. de Toulouse. Nous en avons conclu qu'il est possible d'évaluer la qualité de l'adaptation et de prévoir d'éventuels troubles psycho-pathologiques.

Les modifications psychiques et psychopathologiques, des malades en hémodialyse de long cours se font simultanément sous l'influence de plusieurs facteurs :

— les tendances propres de leur personnalité antérieure à des formes de réactions, d'adaptation.

— des processus relativement plus spécifiques de la situation d'hémodialyse : dépression, sentiment de frustration, régression, négation.

— des éléments issus du contexte familial et du contexte formé par l'ensemble du groupe des soignants, médecins, dispensateurs de l'hémodialyse, qui prend aussi un rôle psychologique de premier plan dans le système de réactivité, l'adaptation et l'aménagement psychologique du malade à sa nouvelle situation et à l'événement qu'est l'hémodialyse.

Les progrès techniques évitent aux insuffisants rénaux la mort. Mais il faut s'attacher à leur apporter en échange une vie suffisamment satisfaisante; sinon on peut se poser la question : pourquoi les maintenir en vie, si cette vie ne comporte pour eux que des frustrations ? C'est une question que se posent souvent les membres de l'équipe médicale en présence d'un sujet très dépressif. Il faut alors s'efforcer de mettre en évidence le mécanisme de cet état et d'y remédier : malade et personnel soignant doivent en bénéficier.

L'hémodialyse de nuit et l'hémodialyse à domicile peuvent apporter un allègement notable des contraintes et permettre une meilleure adaptation. Parfois la transplantation rénale s'impose devant des réactions pathologiques intenses et une adaptation de trop mauvaise qualité. En dehors de ces cas extrêmes, l'espoir de la « greffe » apporte cependant un élément positif à ne pas négliger pour l'hémodialysé. Le problème de l'hémodialyse doit être associé au problème de la « greffe » qui lui donne une dimension supplémentaire.

Vu : Le Pésident de Thèse

L. F. GAYRAL

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Toulouse, le 7-11-1974

Le Président de l'Université
Paul-Sabatier

L. LARENG

BIBLIOGRAPHIE

— ABRAM H.S. — Le psychiatre, le traitement de l'insuffisance rénale chronique et la prolongation de a vie. Am. J. of Psychiat. av. 1968, 124, n. 10, 1351-58. Am. J. of Psychiat. juin 1972, 128, n. 12, 1534-39. Am. J. of Psychiat. août 1969, 126, n. 2, 157-167.

— ABRAM H.S. — Réflexions psychiatriques sur l'adaptation à l'hémodialyse chronique. Kidney International, vol. 6, 1974, 67-72.

— ANTOINE. — Vivre sans ses reins. La nouvelle presse médicale, avril 1974, 3, n. 17.

— AGLE D.P., RATNOFF O.D., WASMAN M. — Les refus de 'hémodialyse chronqiue. Arch. Gén. Psychiat., avril 69, 20, n. 4, 438-447.

— BECKER D., DELONS S., GRIVAUX C. — Implications psychologiques de la chronicité de l'hémodialyse. J. Urol. Néphrol., av.-mai 72, 78, n. 4-5, 354.

— BECKERS D., COR J. et SELONS S. — Le médecin et l'équipe soignante devant les malades en dialyse chronique. Rev. Méd. psychosom., 1972, 14, n. 171-181.

— BECKER, DELONS, IIGOIN, NARET. — Le comportement psychologique du dialysé chronique; étude d'une population d'adolescents. La Revue de Médecine. Janvier 1974.

— BEARD B.H. — Crainte de la mort et crainte de la vie. Dilemne dans l'insuffisance rénale chronique, l'hémodialyse et la greffe de rein. Archiv. of Génér. Psychiat., sept. 1969, 21, n. 3, 373-380.

— BECKER D., DELONS S. et GRIVAUX C. — Implication de la chronicité de l'hémodialyse. Concours Médical, 14 oct. 1972, 94, n. 41, 6619-6622.

— CHAD H., CALLAND. — Problèmes iatrogéniques dans l'insuffisance rénale chronique. English Jour. of Médic. 1972, 17; 334-336.

— CRAMOND W.A. — Aspects psychologiques du traitement de l'insuffisance rénale chronique. Brit. Méd. J.; 8 mars 1968, n. 5591, 539-543.

— CRAMOND W.A., KNIGHT P.R. et LAWRENCE J.R. — Contribution psychiatrique à un service de néphrologie faisant des hémodialyses chroniques et des homogreffes rénales. British J. of Psychiat., nov. 1967, 113, n. 504, 1201-1212.

— COR J., BECKER D. et DELONS S. — Tentative d'approche du vécu du dialysé chronique. Entretien avec 16 patients traités par dialyse chronique au centre Edouard Rist. 4e congrés Psychosom. Méd. Paris 1970 IN Psychothér. Psychosom. 1972-73, 21, n. 1-6.

— DE NOUR A.K. — Psychothérapie chez les hémodiallysés chroniques. Britih J. of Psychiat., fév. 1970, 116, n. 531, 207-215.

— DE NOUR A.K. et CZACZKES J.W. — Facteurs de personnalité chez l'hémodialysé responsables de non-adhésion au régime médical. Psychosom. Méd., juil.-août 1972, 84, n. 4, 333-334.

— DE NOUR et CZACKES J.W. — Problèmes émotionnels et réactions de l'équipe médicale dans un service d'hémodialyse chronique. Lancet, 9 nov. 1968, 2, n. 7576, 987-991.

— DE NOUR, SHALTIEL et CZACKES. — Réactions émotionnelles des sujets à l'hémodialyse chronique. Psychosom. Méd., sept.-oct. 1968, 30, n. 5, 521-533.

— DE NOUR A.K. — Remarques sur la signification psychologique de la fonction urinaire. Journ. of Nerv. and Ment. Dis. 1966; 148. 8; 615-623.

— DUBERNARD. — Quelques profils psychologiques des insuffisants rénaux. Psychologie Médicale; 1973, 5, 2, 409-414.

— FOSTER F.G., COHN G.L. et MAC KEGNEY P.F. — Facteurs psychologiques et survie individuelle dans l'hémodialyse rénale chronique : étude suivie sur 2 ans. Psychosom. Méd., janv.-fév. 1973, 35, n. 1, 64-82.

— FRIEDMAN E.A., GOODWIN N.J. et CHAUDHRY L. — Adaptation psychosociale à l'hémodialyse chronique. N.Y. St J. Méd., 1er mars 1970, 70, n. 5, 629-637, article 1. N.Y. St J. Méd., 15 mars 1970, 70, n. 6, 767-774. Article 2.

— GLASSMAN B.M. et SIEGEL A. — Facteurs de personnaltié pour la survie dans un programme à long terme d'hémodialyse. Archiv. Gén. Psychiat. ? juin 1970, 22, n. 6, 566-574.

— GOLDSTEIN A.M. et REZNIKOFF. — Suicide chez les sujets soumis à des hémodialyses chroniques. Am. J. Psychiat., mars 1971, 127, n. 9, 1204-1207.

— GREENBERG R.P., DAVIES G. et MASSEY R. — Evaluation psychologique des sujets pour une greffe rénale et un programme d'hémodialyse. Am. J. of Psychiat., mars 1973, 130, n. 3, 274-277.

— HALPER I.S. — Observations psychiatriques d'un programme d'hémodialyse chronique. Méd. Clin. N. Amér., janvier 1971, 55, n. 1, 177-191.

— KEMPH J.-P. — Etude psychologique de malades atteints de troubles rénaux, relevant du rein artificiel ou de la greffe. Am. J. Psychiat., mai 1966, 122, n. 11, 1270-1274.

— LEGRAIN et JACOBS. — Aspects psychologiques de l'hémodialyse périodique.

— LIEBAUX, AUBERT, JACOBS et GUIDON. — Pathologie de l'hémodialyse chronique. Concours Médical, 14 oct. 1972, 94-41, 6583-6590.

— MAC KEGNEY F.P. et LANGE P. — La décision de ne plus vivre en hémodialyse chronique. Am. J. Psychiat., sept. 1971, 128, n. 3, 267-274.

— MENZIES et STEWART W.K. — Etudes psychiatriques de malades en hémodialyse chronique. British Méd. J., 2 mars 1968, 1, n. 5591, 544-547.

— NOBERT A. et LEFEBVRE P. — Contribution psychiatrique à l'étude de la dialyse rénale périodique. Laval Méd., fév. 1971, 42, n. 2, 185-192.

— OCKNER S.A., MAC DONALD F.D. et MERILL J.P. — Psychose toxique après traitement non dialytique de l'insuffisance rénale chronique. J. Amér. Méd. Ass., 5 juillet 1971, 217, n. 1, 74-76.

— PEREZ DE FRANCISCO. — Aspects, psychologiques et psychopathologiques de la greffe rénale. Evol. Psychiat., juillet-sept. 1972, 37, n. 3, 605-612.

— PENTECOST R.L. — Etude de la famille dans la dialyse à domicile. Archiv. Gén. Psychiat., juin 1970, 22, n. 6, 538-546.

— SAND P., LIVINGSTON G. et WRIGHT R.G. — Evaluation psychologique des candidats à l'hémodialyse. Ann. of Int. Méd., mars 1966, 64, n. 3, 602-610.

— SHAMBAUGH P.W. et KANTER S.S. — Epouses d'hémodialysés dans l'angoisse. Am. J. of Psychiat., janvier 1969, 125, n. 7, 928-936.

— SCOTT D.L. — Problèmes psychiatriques dans l'hémodialyse : traitement par l'hypnose. Brit. J. of Psychiat., janvier 1973, 122.

— SHEA E.J., BOGDAN D.F., FREEMAN R.B. et SHREINER G.E. — Hémodialyse pour insuffisance rénale chronique. IV — Considérations psychologiques. Ann. of Int. Méd., mars 1965, 62, n. 3, 558-563.

— SHORT et WILSON. — Les refus de l'hémodialyse chronique. Arch. Gén. Psychiat., avril 1969, 20, n. 4, 433-437.

— TUCKMANN. — Psychothérapie brève et hémodialyse. Arch. Gén. Psychiat., juillet 1970, 23, n. 1, 65-69.

— VILLARD H.P. — Consultation psychiatrique dans un service de dialyse et de greffe rénale. Union méd. Canada, fév. 1969, 98, n. 2, 233-238.

— WITTKOWER E.D. — Quelques problèmes psychosomatiques d'intérêt actuel : hémodialyse... Revue médicale Psychosom., automne 1972, 14, n. 3, 249-262.

— WRIGHT R.C., SAND P. et LIVINGSTON G. — Le stress psychologique au cours de l'hémodialyse pour insuffisance rénale chronique. Ann. of Int. méd., mars 1966, 64, n. 3, 611-621.